

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

ANAIS DO I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM
ENFERMAGEM E SAÚDE



I CONGRESSO INTERNACIONAL DE
PESQUISA
EM ENFERMAGEM E SAÚDE

21 E 22
DE SETEMBRO
DE **2017**

Pelotas – RS, 21 e 22 de setembro de 2017

Coordenação Geral do I CIPES

Ariane da Cruz Guedes
Karine Langmantel Silveira
Luciane Prado Kantorski

Comissão Científica do I CIPES

Janaina Quinzen Willrich (Coordenação)
Camila Irigónhé Ramos
Catia Gentile dos Santos
Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro
Maria Laura de Oliveira Couto
Roberta Antunes Machado
Vinícius Boldt dos Santos

Comissão de banners do I CIPES

Milena Hohmann Antonacci (Coordenação)
Adriane Eslabão
Cristiane Kenes Nunes
Elitiele Ortiz dos Santos
Fabiane Machado Pavani
Lilian Moura de Lima Spagnolo
Paola de Oliveira Camargo
Suelen Cardoso Leite

Comissão de apoio do I CIPES

Priscila Borges Silveira (Coordenação)
Alana Duarte Flores
Carla Weber Peters
Diogo Henrique Tavares
Giovana Cássio Rodriguez
Hellen dos Santos Sampaio
Larissa Dall' Agnol da Silva
Lieni Fredo Herreira
Luiza Hences dos Santos
Marcos Aurélio Matos Lemões
Mariana Dias de Almeida
Natália Cardoso Ocácia
Nathalia Araujo Fernandes
Taís Alves Farias

Taís Rodrigues dos Santos
Thylia Teixeira Souza

Comissão dos congressistas do I CIPES

Aline Neutzlig (Coordenação)
Roberta de Acevedo Kulpa
Thairize da Silva Gonzalez
Xenia Martins Monfrim
Aline Basso da Silva
Debora Schlotefeldt Siniak
Lourenço Kantorski Lenardão
Carlos Alberto dos Santos Treichel
Laine Bertinetti Aldrigui

Editoração dos Anais

Ariane da Cruz Guedes
Camila Irigónhé Ramos
Catia Gentile dos Santos
Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro
Janaina Quinzen Willrich
Luiza Hences dos Santos
Maria Laura de Oliveira Couto
Roberta Antunes Machado
Thylia Teixeira Souza
Vinícius Boldt dos Santos

Finalização dos Anais

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro

Revisão dos Anais

Ariane da Cruz Guedes
Janaina Quinzen Willrich
Luciane Prado Kantorski

Arte

Priscila Borges Silveira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
DESTAQUES EIXO 1	16
UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DE <i>SCOPING REVIEW</i> NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA LATINO-AMERICANA EM SAÚDE PÚBLICA E ENFERMAGEM.....	17
VARIAÇÃO DO PESO DE ESTUDANTES DURANTE A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	21
FISSURA EM USUÁRIOS DE CRACK.....	24
ESTRATÉGIAS SÓCIO AFETIVAS UTILIZADAS POR FAMILIARES DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS NO PROCESSO DE MATERNIDADE.....	28
UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVOS E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO EM ADULTOS NO BRASIL	31
POTENCIALIDADES DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	34
QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM	37
ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO AGENTE TRANSFORMADOR.....	41
O CUIDADO DA MÃE À CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO	45
PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COM HIV E AIDS SOBRE O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: REVISÃO INTEGRATIVA	48
DESTAQUES EIXO 2	52
CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE O CAPSAD E O SERVIÇO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS E TUBERCULOSE.....	53
GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DIMENSÃO TECNOLÓGICA NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA	56
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE: RELATO DA TRAJETÓRIA DE TRABALHO	60
ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UM ESTUDO SOBRE CÂNCER COLORRETAL	63
PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL PARA INTEGRAR A ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	66
SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO EM UM CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA.....	70
A COMPREENSÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA	74
OBSERVATÓRIO CUIDATIVO VIRTUAL: UMA FERRAMENTA DE AUXÍLIO AOS CUIDADORES FAMILIARES	78

MÉTODO PHOTOVOICE: UMA ABORDAGEM INOVADORA APLICADA A PESQUISA PARTICIPATIVA.....	81
ALGORITMO DE CUIDADOS PARA SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO	85
DESTAQUES EIXO 3	90
TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS (GROUNDED THEORY)EM PSICOLOGIA NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA.....	91
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: A VISÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	95
PESSOAS QUE VIVEM NA RUA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE	98
APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA: EXPERIÊNCIA JUNTO AOS REDUTORES DE DANOS	101
DESENVOLVENDO UM VÍDEO EDUCATIVO SOBRE A QUIMIOTERAPIA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	104
O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO	107
APP+SAÚDE: APLICATIVO GEORREFERENCIADO PARA AUXÍLIO A GESTÃO PÚBLICA E SOCIAL	110
AVALIAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (CAPSI-SUL)	114
CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA SISTÊMICA NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE	117
‘OUVINDO VOZES’ – REGISTRO DE UMA EXPERIÊNCIA CARTOGRÁFICA NA RELAÇÃO COM A LOUCURA POR PAISAGENS DO SUL	120
TRABALHOS EIXO 1	124
(IN) DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	125
ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOÇÃO DE ÓRGÃOS NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE: REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DE ESTUDOS QUALITATIVOS	128
A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADULTOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: NOTA PRÉVIA.....	132
EMPREGO DA TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA NO ESTUDO DA AMBIÊNCIA EM PEDIATRIA.....	136
A DIFICULDADE NO ACOLHIMENTO COMO BARREIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	140
USO DA PESQUISA QUALITATIVA EM UM ESTUDO SOBRE O PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	144
MÃES DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO CONSERVADOR RENAL CONVIVENDO COM A INCERTEZA DA DOENÇA	147
AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL GERAL E MÉDIA DE PERMANÊNCIA	

GERAL DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORES DE SERVIÇO SUS NA CIDADE DE PELOTAS/RS.....	150
O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADADA DEPENDÊNCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO.....	154
O PROCESSO DE ALTA NO CAPS JOINVILLE: UMA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	157
A UTILIZAÇÃO DO MODELO ADAPTATIVO DE ROY EM PESQUISA DE ENFERMAGEM COM ESTOMIZADOS.....	161
SIMULAÇÃO REALISTICA NA PRODUÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE: RELATO DE PRÁTICA.....	164
ADESÃO E A DEPRESSÃO NO MEIO RURAL: AVALIANDO SUAS RELAÇÕES.....	167
OS PSICOFÁRMACOS COMO RECURSO DE TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	170
CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO E A SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE.....	173
TEORIA ECOLÓGICA DE URIE BRONFENBRENNER NOS ESTUDOS QUALITATIVOS DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	176
PERFIL DE PESSOAS EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO RIO GRANDE DO SUL.....	181
OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E A VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA NA PRÁTICA COTIDIANA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	184
POPULAÇÕES DE RUA, VULNERABILIDADE SOCIAL E USO DE DROGAS.....	187
INFERTILIDADE CONJUGAL: PROBLEMA DE SAÚDE E POSSÍVEIS MANEJOS AO CASAL.....	190
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTUDO DOCUMENTAL À LUZ DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE.....	193
FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE FLEBITES E A SUA INCIDÊNCIA EM ADULTOS HOSPITALIZADOS COM CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO.....	197
REDAÇÃO ANCORADA: TÉCNICA PARTICIPATIVA NA PESQUISA-AÇÃO INTEGRAL E SISTÊMICA.....	200
METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: CONSTRUINDO PROFISSIONAIS PREPARADOS PARA ATUAREM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	204
METODOLOGIAS ATIVAS EM UMA DISCIPLINA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	208
DESAFIOS DA OBSERVAÇÃO FLUTUANTE E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA EM ESPAÇOS PÚBLICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	211
OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PÓS-GRADUANDAS.....	215

RECORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EM UM DISTRITO DE SAÚDE - PORTO ALEGRE	218
O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SALA DE VACINAÇÃO.....	262
DROGAS: MODOS DE VIDA E CUIDADO NA RUA.....	266
APLICABILIDADE DA TÉCNICA DE ENTREVISTA EM DISSERTAÇÕES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/FURG.....	269
ANATOMIA HUMANA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR.....	272
USANDO IMAGENS COMO DISPARADORES DE REFLEXÕES EM CUIDADORES FAMILIARES.....	275
DESAFIOS DO CUIDADO AO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR	279
A PESQUISA SOB O SUPORTE DA ERGOLOGIA.....	282
FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ NA PESQUISA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	285
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE DIAGNOSTICADA EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE DO SUL	288
METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS PARA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES QUALITATIVOS.....	293
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER DE BEXIGA SUBMETIDO A CIRURGIA DE URETEROILEOSTOMIA.....	297
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER DE BEXIGA SUBMETIDO A CIRURGIA DE URETEROILEOSTOMIA.....	301
INDICADORES DE QUALIDADE DA CONSULTA PUERPERAL: AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ CICLO1.....	306
INDICADORES DE QUALIDADE DA PUERICULTURA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	310
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E SOBRECARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS ATUANTES EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS.....	314
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	318
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM INSTITUIÇÕES PENAIS	323
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS AO TRATAMENTO POR HEMODIALISE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO PAÍS.....	328
ESTUDO DE CASO: FERRAMENTA DE PESQUISA E DE ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	331

QUIMIOTERAPIA DOMICILIAR NA VISÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE ONCOLÓGICA - RELATO DE EXPERIÊNCIA	334
ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	337
A EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA REDE DE SÃO LOURENÇO/RS	341
SINTOMAS QUE OCORREM EM PESSOAS QUE PARAM DE FUMAR ..	344
REFERENCIAL TEÓRICO PROPOSTO POR MICHEL FOUCAULT: RELATO DO DIÁLOGO COM A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	348
PROPOSTA DE UMA LINHA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO PARKINSONIANO JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA	351
NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA	355
CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO: VISIBILIDADE DO TRABALHO DO ENFERMEIRO	360
TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA PESQUISA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	363
PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL PARA MANEJO DA DOR E ESTRESSE DE NEONATOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA PESQUISA-AÇÃO	367
PROCESSO DE TRABALHO E IMPACTOS NA SAÚDE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO SUL.....	370
A PERCEPÇÃO DE SI NO ESPELHO DAS PALAVRAS: A HERMENÊUTICA E NARRATIVA COMO RECURSOS AVALIATIVOS	373
CARTOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO EM ESTUDO DA REDE DE SAÚDE DE SANTA MARIA	377
RELAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E USO ABUSIVO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS ENTRE ESTUDANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL ...	380
GESTÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL: CAMINHOS EM CONSTRUÇÃO.....	384
PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE MULHERES RURAIS	388
ASSÉDIO MORAL ENTRE OS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	392
ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	395
RELATOS CIENTÍFICOS SOBRE OUVIDORES DE VOZES	398

A PESQUISA QUALITATIVA NO ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS PAIS DE NEONATOS HOSPITALIZADOS.....	402
PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	405
ORIENTAÇÕES A PUÉRPERA NO PUERPÉRIO IMEDIATO	408
A CONTRIBUIÇÃO DAS PESQUISAS COM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS PARA QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR .	411
ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DE ÁLCOOL POR TRABALHADORES HOSPITALARES: UM ESTUDO DE TENDÊNCIAS ..	414
QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: FLORES E PEDRAS NO CAMINHO	417
VIVÊNCIA DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	420
REFLETIR SOBRE O VIVIDO É PRECISO: CAMINHO TRILHADO NO PROCESSO DE PESQUISA	424
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE TRAUMATOLÓGICO VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.....	427
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSE ETÍLICA.....	430
A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO CRIATIVO SENSÍVEL NA PESQUISA DE ENFERMAGEM: POTENCIALIDADES E DIFICULDADES	433
AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DE UM CAPS SOBRE A GARANTIA DE SEUS DIREITOS HUMANOS.....	436
O PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO ENVELHECIMENTO ATIVO	439
O OLHAR ANTROPOLÓGICO DA AUTOATENÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE.....	442
EXPERIÊNCIA DE PESQUISA QUANTITATIVA COM IDOSOS RURAIS.	445
MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL E OS PROCESSOS MICROPOLÍTICOS NO DISCURSO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	448
INSERÇÃO SOCIAL A PARTIR DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO	451
CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO PÓS-MODERNO A CERCA DA SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES EMERGENTES	455
CONDUZINDO PESQUISA COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PLANEJAMENTO DE CAMPO E CONTROLE DAS PERDAS	459

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS EM ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS POPULACIONAIS - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES.....	462
O TRABALHO DESENVOLVIDO NOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC	465
FOTOVOICE COMO METODOLOGIA DE PESQUISA.....	468
CONTRIBUIÇÕES DO ETHNOGRAPH NA ANÁLISE DE UM ESTUDO QUALITATIVO	472
RELATO DE EXPERIÊNCIA NA APLICAÇÃO DO PCATool-BRASIL JUNTO AOS USUÁRIOS DA APS DE TAQUARA-RS	475
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO FAMILIAR À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA	478
AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....	481
PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES ASSOCIADOS EM HOSPITAIS GERAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	484
VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA: DIFICULDADE PARA O CUIDADO À CRIANÇAS/ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	488
INSERÇÃO ECOLÓGICA: PROPOSTA PARA ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	492
UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS MISTOS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA LATINO-AMERICANA EM ENFERMAGEM	495
AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E CÂNCER DE MAMA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO	500
ESTRESSE DE PAIS NA ADMISSÃO DO FILHO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	503
INICIAÇÃO SEXUAL DE MULHERES.....	506
RECURSOS TECNOLÓGICOS: POSSIBILIDADES PARA UMA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO	509
A PESQUISA QUALITATIVA NO ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS PAIS DE NEONATOS HOSPITALIZADOS.....	512
ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DE INDIVÍDUOS DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC	515
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ÓTICA MOSCOVICIANA.....	518
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO EXTREMO OESTE CATARINENSE.....	521

PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O PROCESSO DE REFERÊNCIA DA PESSOA COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	524
LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES	527
SÍNDROME DE DOWN: PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SEXUALIDADE DO SEU FILHO	530
INFERTILIDADE CONJUGAL: PROBLEMA DE SAÚDE E POSSÍVEIS MANEJOS AO CASAL.....	533
A CRISE PSÍQUICA NO DISCURSO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ACONTECIMENTO DE SABER, PODER E SUBJETIVAÇÃO	536
PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL COMO FERRAMENTA NA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	540
PRÁTICAS DE CUIDADO UTILIZADAS POR PESSOAS QUE CONVIVEM COM O CÂNCER	543
TRABALHOS EIXO 2	547
CLIMATÉRIO: PERCEPÇÕES DAS MULHERES SOBRE O AUTOCUIDADO	548
TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO PARA ADIÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS.....	551
PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM TRABALHADORES RURAIS EXPOSTOS A AGROTÓXICOS.....	554
A ETNOGRAFIA COMO OPÇÃO METODOLÓGICA PARA PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE	558
O TOQUE TERAPÊUTICO NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	561
COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA DE PACIENTE EM CUIDADO INTENSIVO	565
TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COM PLANTAS MEDICINAIS E CUIDADO: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO.....	569
A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	572
"FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO: A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES".....	575
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DOADORES DE SANGUE FIDELIZADOS NO HEMOCENTRO REGIONAL DE PELOTAS/RS	578
GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DIMENSÃO TECNOLÓGICA NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA	581
A TERAPIA DA DANÇA COMO POTENCIALIZADORA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	585

A UTILIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO NO CAMPO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	588
A PESQUISA E O TRABALHO NA ENFERMAGEM	591
UTILIZAÇÃO DO MANEJO DE CONTINGÊNCIAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS.....	594
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: NOVAS PERSPECTIVAS E AÇÕES PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE ESCOLARES	597
VÍDEO EDUCATIVO: DOENÇA DE CHAGAS E SEUS VETORES	600
VIVÊNCIA NA COLETA DE DADOS EM UMA PESQUISA QUALITATIVA NA REGIÃO DA FRONTEIRA ENTRE O BRASIL E URUGUAI.....	604
A ENTRADA NO CAMPO, O ENCONTRO COM OS CENÁRIOS PSICOTRÓPICOS E A VIVÊNCIA DA COLETA DE DADOS DE UM ESTUDO QUANTITATIVO	607
“VIDAS ALHEIAS E RIQUEZAS A SALVAR”: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE BOMBEIROS MILITARES.....	610
A AUTOATENÇÃO NO SISTEMA DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS RURAIS UM ENSAIO METODOLÓGICO	614
RELATO DE CASO ÚNICO: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA ..	617
CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA.....	620
ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	624
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: UM MÉTODO PARA REVELAR CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PACTUAÇÕES REGIONAIS.....	627
A VIDA DA PESSOA APÓS O TRANSPLANTE RENAL.....	630
SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: OPÇÕES METODOLÓGICAS DE UMA PESQUISA AVALIATIVA E INTERVENTIVA.....	633
PESQUISA APRECIATIVA: POSSIBILIDADES PARA SUA APLICAÇÃO NA ENFERMAGEM	636
PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	639
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES MICROCIRURGICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM.	642
ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS FRENTE ÀS FAMÍLIAS DE PACIENTES COM CONDUTA SUICIDA	645
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: FATORES DE RISCO RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR	649
GOOGLE DRIVE COMO FERRAMENTA DE ENSINO E APRENDIZAGEM PARA ALUNOS DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	652

ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA SBAR PARA PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO	655
REDES DE APOIO AO USUÁRIO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA	658
TRATAMENTO CONSERVADOR RENAL NA INFANCIA: INTERAÇÕES MATERNAS COM A REDE DE APOIO SOCIAL	661
A SAÚDE MENTAL E O DIAGNÓSTICO: ANÁLISE SOBRE O EFEITO DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	665
ESCOLA: ESPAÇO PARA MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS E ATITUDES?	668
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	671
CRIANÇA/ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: A CRIAÇÃO DE VÍNCULO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO.....	674
MAPA DOS CINCO CAMPOS: ESTRATÉGIA TEÓRICO-METODOLÓGICA NA PESQUISA COM CRIANÇAS.....	677
APLICAÇÃO DO MÉTODO ESTUDO DE CASO EM PESQUISAS DA ENFERMAGEM.....	681
IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DE CAMPO PARA SAÚDE: PERSPECTIVAS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO	684
METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO E PRODUÇÃO DE SAÚDE .	687
CONSTRUINDO COM IDOSOS RURAIS A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO	690
A EXPERIÊNCIA DO FÓRUM MACROMETROPOLITANO DE GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA EM SAÚDE MENTAL	695
HIV EM GESTANTES: MEDIDAS PARA EVITAR A TRANSMISSÃO VERTICAL COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	698
ATENÇÃO À SAÚDE NOS SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA DA METADE SUL DO RIO GRANDE DO SUL	702
A MILITÂNCIA NA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE EM UM GRUPO AUTÔNOMO.....	705
MOVIMENTO VIVO NA CONSTRUÇÃO AUTOGESTIONÁRIA DO MENTAL TCHÊ DA RESISTÊNCIA	709
O MOVIMENTO DE RESISTÊNCIA NA PRODUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PELOTAS.....	713
O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DE LUTAS A PARTIR DO MENTAL TCHÊ DA RESISTÊNCIA	717
TRABALHOS EIXO 3.....	721

COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PMAQ-AB.....	722
ENTRAVES PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUSSOB A ÓTICA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS	725
DESAFIOS DO CUIDADO AO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR	728
PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO HOSPITAL: O DESAFIO DE CUIDAR E DE SE DEIXAR CUIDAR	731
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDAS COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM	734
ONG VIDA BREVE E A SUA DEDICAÇÃO NA INCLUSÃO DE JOVENS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	737
MULHERES DIVAS E SEUS ENCONTROS COM A SUBJETIVIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	740
A PERCEPÇÃO DOS GESTORES FRONTEIRIÇOS SOBRE A LEI DE DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO.....	743
CULTIVO DOTABACO: ASSIMETRIAS ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS	746
VIVÊNCIAS DO FAMILIAR CUIDADOR FRENTE À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA.....	749
O COTIDIANO DE PESSOAS PORTADORAS DO VÍRUS HIV EM TRATAMENTO NO HOSPITAL-DIA DO HE/UFPEL	753
LEI DO ACOMPANHANTE: VIVÊNCIA DAS PUÉRPERAS.....	756
O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO	763
ESCUTA TERAPÊUTICA E VIOLÊNCIAS DE GÊNERO, SEXUALIDADE E RAÇA: DIÁLOGO ENTRE PSICOLOGIA E ESTUDOS DECOLONIAIS .	766
O PODER NA PRODUÇÃO DE GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: TRASFRONTEIRIZAÇÃO BRASIL E URUGUAI	769
BDSM, SEXUALIDADE E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	772
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	775
IDOSOS DESCENDENTES DE UCRANIANOS E A CULTURA DE CUIDADO À SAÚDE E DOENÇA.....	778
A VIVÊNCIA DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM RELAÇÃO A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE.....	781
O CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL ..	784
COMPREENSÕES DE MULHERES ASSENTADAS ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE TEMÁTICA.....	788
ANÁLISE DO DISCURSO PSICOSSOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT	791
MEMÓRIAS, HISTÓRIAS E AUTOBIOGRAFIAS COMO METODOLOGIA INVESTIGATIVA EM ENFERMAGEM.....	795
A PEREGRINAÇÃO DE MULHERES POR ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO NOS SERVIÇOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM PORTO ALEGRE, RS.	797

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PRESTADO À COMUNIDADE	800

APRESENTAÇÃO

Anais do I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde é uma publicação de trabalhos apresentados durante o evento, que contou com a submissão de 243 trabalhos dos quais foram aceitos e estão nos Anais do I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde.

Os trabalhos dividiram-se em três eixos temáticos, sendo no Eixo 1 “Referenciais teóricos-metodológicos para a pesquisa em enfermagem e saúde”, classificados os trabalhos que apresentavam resultados de estudos quantitativos ou qualitativos, destacando a abordagem teórica ou metodológica desses; resultados preliminares de pesquisas; estudos de caso e relatos de experiência sobre a utilização de referenciais teóricos e metodológicos de pesquisa na área da saúde. No Eixo 2 “Perspectivas inovadoras de abordagem no trabalho de campo” foram classificados os trabalhos que apresentavam resultados de estudos e relatos sobre experiências inovadoras no trabalho de campo de pesquisas qualitativas ou quantitativas. E no Eixo 3 “Contribuições das ciências sociais e humanas para a pesquisa qualitativa em saúde” foram classificados os trabalhos que abordavam pesquisas na área de ciências sociais e humanas, com enfoque qualitativo.

O I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde contou com a presença de congressistas nacionais e internacionais, possibilitando o compartilhamento de experiências por meio de oficinas, conferências e espaços para apresentação de trabalhos acadêmicos. Desta forma, teve o objetivo de discutir e divulgar referenciais teóricos-metodológicos para a pesquisa em enfermagem e saúde, abordagens no trabalho de campo e as contribuições das ciências sociais e humanas para a pesquisa qualitativa em saúde.

O I Congresso Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde foi promovido pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e reuniu cerca de 360 participantes.

DESTAQUES EIXO 1

UTILIZAÇÃO DO MÉTODO DE SCOPING REVIEW NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA LATINO-AMERICANA EM SAÚDE PÚBLICA E ENFERMAGEM

TALITA PORTELA CASSOLA¹; ADALVANE NOBRES DAMACENO²; CAREN DE OLIVEIRA RIBOLDI³; ANA MARIA MÜLLER DE MAGALHÃES⁴; LEANDRO BARBOSA DE PINHO⁵; MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA⁶

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutoranda, Escola de Enfermagem. E-mail: talita_cassola@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutorando, Escola de Enfermagem. E-mail: adalvane.damaceno@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutoranda, Escola de Enfermagem. E-mail: criboldi@hcpa.edu.br

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora, Professora na Escola de Enfermagem. E-mail: amagalhaes@hcpa.edu.br

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutor, Professor na Escola de Enfermagem. E-mail: lbpinho@ufrgs.br

⁶Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora, Professora na Escola de Enfermagem. E-mail: malice@enf.ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A *Scopingreview* ou Revisão de Escopo é uma metodologia relativamente nova, que ainda não possui uma definição universal ou um método definitivo, contudo pode ser utilizada para a síntese de evidências em pesquisa (LEVAC; COLQUHOUN; O' BRIEN, 2010). Entre os propósitos do método estão mapear a literatura existente em um campo de interesse, considerando a natureza e as características da pesquisa primária, além de ser usualmente utilizada quando um corpo de literatura não foi revisado de forma abrangente (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

O protocolo proposto por Arksey e O'Malley (2005) abrange seis etapas: identificar a questão de investigação e os estudos relevantes; selecionar esses estudos e realizar a extração dos dados; agrupar, resumir e relatar os resultados; consulta a especialistas (opcional) para síntese de produções. Assim, com o crescimento da Prática Baseada em Evidências (PBE), revela-se importante desenvolver a aplicabilidade do método para o alcance de resultados claros e precisos. O objetivo do presente estudo é identificar a utilização do método de *Scopingreview* na literatura científica latino-americana das áreas da Saúde Pública e da Enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a utilização do método de *Scopingreview* na literatura científica latino-americana das áreas da Saúde Pública e da Enfermagem. Os dados foram coletados por acesso online via portal de periódicos da CAPES - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - na Base de Dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no mês de agosto de 2017. A estratégia de pesquisa utilizada foi: "*scopingreview*" [título, resumo e assunto] OR "revisão de escopo" [título, resumo e assunto]. Como critérios de inclusão adotaram-se artigos disponíveis,

nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados em revistas que apresentassem como assuntos principais “Saúde pública” e “Enfermagem”. Artigos não condizentes com a temática abordada foram excluídos. Após o levantamento e localização dos artigos, realizou-se a leitura dos resumos e, posteriormente, a análise descritiva dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, obteve-se, de acordo com a estratégia de busca supracitada, 1635 produções na BVS, sendo 14 artigos na base de dados LILACS e, destes, 05 contemplaram os critérios de inclusão previamente definidos (Figura 1).

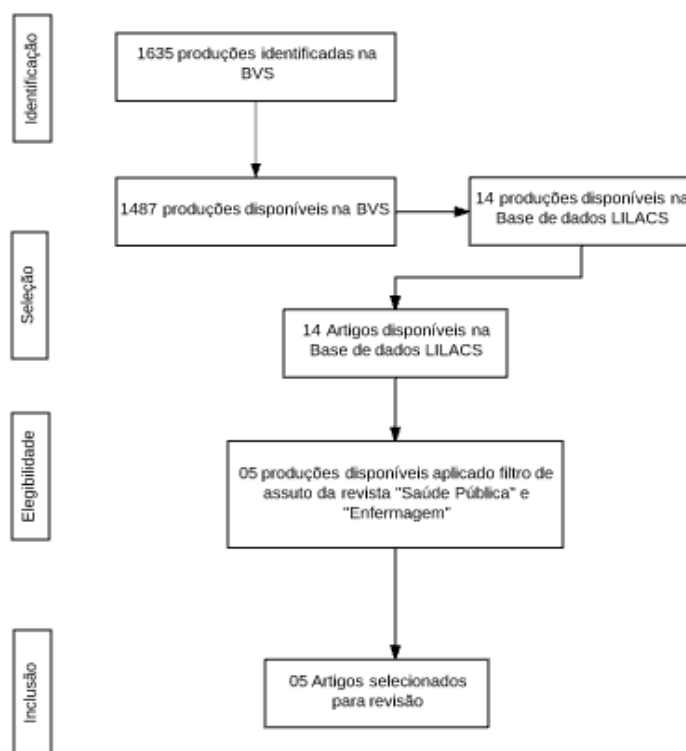


Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos na base de dados LILACS de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Porto Alegre, RS, Brasil. 2017.

Fonte: Base de dados LILACS, 2017.

Dos cinco artigos analisados, quatro foram publicados no ano 2015 e um em 2016. Com relação ao idioma, um foi publicado em espanhol, dois em inglês e dois em português. Os países de origem dos estudos foram Brasil, Canadá, Colômbia e México.

Acrescenta-se a essa descrição o objetivo dos estudos selecionados, os quais foram: análise da descentralização da gestão em saúde para o ente municipal e suas implicações para o acesso e atenção integral ao usuário (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016); apresentar três experiências desenvolvidas de geração e transferência do conhecimento na área de saúde pública na Colômbia (MARTINEZ-HERRERA; LOPEZ-RIOS; SALAS-ZAPATA, 2015); análise do estado atual do conhecimento sobre o raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem (MENEZES et al., 2015); descrição das

definições para um conjunto de termos relacionados à ação intersectorial e utilização de modelos conceituais (DUBOIS; ST-PIERRE; VERAS, 2015); revisão dos artigos empíricos sobre a visão do profissional de saúde relacionada com a doação e transplante de órgãos (MERCADO-MARTÍNEZ et al., 2015).

Dos estudos apresentados, quatro utilizaram o protocolo proposto por Arksey e O'Malley (2005) e um não deixou explícita a forma de aplicação do método, pois baseou-se em busca e análise de informações de documentos. Para Peters *et al.* (2015) a importância da *Scopingreview* para a PBE consiste na análise de uma área mais ampla para identificar lacunas do conhecimento, esclarecer principais conceitos e informar sobre os tipos de evidências. O mapeamento das produções encontradas nas revisões converge com estas evidências e relacionam-se com as intervenções no campo da saúde pública, fundamentais para fortalecer a prática do enfermeiro.

4. CONCLUSÕES

Este estudo apresentou um breve recorte acerca da utilização do *Scopingreview* na área de Saúde Pública e Enfermagem, contribuindo para o conhecimento do método. Ambas as áreas são abrangentes, porém apresentam material restrito e escasso quando observada a aplicabilidade do método na base de dados selecionada. Mesmo considerando esta escassez no uso do método, é evidente a contribuição do mesmo no sentido de permitir explorar distintas abordagens relacionadas à gestão, liderança e preocupação com o processo de formação profissional. Entende-se que essas áreas são estratégicas e revelam-se como uma fonte potencial para a atuação do profissional enfermeiro, de modo a qualificar a prática clínica baseada em evidências.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Methodol.**, v.8, n.1, p. 19-32, 2005.
- DUBOIS, A.; ST-PIERRE, L.; VERAS, M. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.20, n.10, p. 2933-2942, 2015.
- LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **ImplementSci.**, v. 5, p. 69, 2010.
- MARTINEZ-HERRERA, Eliana; LOPEZ-RIOS, J. M.; SALAS-ZAPATA, L. Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: algunos espacios observados en Colombia. **Rev. Gerenc. Polit. Salud** [online], v.14, n.29, p.97-113, 2015.
- MENEZES, S. S. C. de. et al. Clinical reasoning in undergraduate nursing education: a scoping review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.49, n.6, p. 1032-1039, 2015.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. et al. Views of health care personnel on organ donation and transplantation: a literature review. **Texto & Contexto - enferm.**, Florianópolis, v.24, n.2 , p.574-583, 2015.

PETERS, M. et al. Guidance for conducting systematics coping reviews. **Int J EvidBased Health**, v.13, n. 3, p.141-146, 2015.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.21, n.5, p.1511-1524, 2016.

VARIAÇÃO DO PESO DE ESTUDANTES DURANTE A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA CAROLINA OLIVEIRA MACIEL¹; JANETE DE SOUZA URBANETTO²;
PÂMELA SILVA DA ROCHA³; ROSANGELA CARVALHO DUTRA⁴

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – maria.maciel.001@acad.pucrs.br

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – jurbanetto@pucrs.br

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – pamela.rocha@acad.pucrs.br

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – rosangela.dutra@acad.pucrs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Mudanças sócio comportamentais da população estão implicadas no aumento da ingestão alimentar e, portanto, no aparecimento da obesidade. A diminuição do número de refeições realizadas em casa, o aumento compensatório da alimentação em redes de *fast food* e o aumento do tamanho das porções “normais” levam ao aumento do conteúdo calórico de cada refeição (ABESO, 2016, p.33-34). Obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo, é um grave problema de saúde pública no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO, o estresse psicológico pode contribuir para o aumento da ingestão de alimentos, para a alimentação emocional, a compulsão alimentar, a falta de exercício, e o controle do apetite ruim, todos estes fatores associados a ganho de peso e obesidade (ABESO, 2016). Segundo Edmonds et al (2008) a exposição acadêmica, ou seja, estar cursando o ensino superior é um fator que pode influenciar no ganho de peso e, conseqüentemente, no índice de massa corpórea (IMC).

Este estudo objetivou identificar a variação do peso e de IMC em estudantes de enfermagem durante a graduação.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, aninhado a um projeto de pesquisa com delineamento de coorte intitulado “Avaliação da Ocorrência de Dor Musculoesquelética e Distúrbios Psíquicos Menores em Estudantes de Enfermagem”. O local do estudo foi um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade privada do Rio Grande do Sul-Brasil.

A população do estudo foi composta por estudantes do referido Curso de Enfermagem (144 estudantes). A amostra de 95 estudantes englobou todos os estudantes que aceitaram participar do estudo e que atenderam aos critérios de inclusão de estarem matriculados, não estarem em nenhum tipo de licença que os afastasse das atividades acadêmicas e ter idade ≥ 18 anos. Foram excluídos desta análise quatro estudantes que não tinham autoreferido o peso no início do curso e três estudantes que realizaram cirurgia bariátrica no período estudado, totalizando uma amostra de 87 estudantes.,

A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2016, conforme agendamento com os estudantes. As variáveis coletadas e analisadas para este estudo foram: demográficas (idade e sexo), acadêmicas (semestre do curso) e de saúde (peso, altura e IMC).

Para o cálculo do índice de massa corpórea (IMC), aplicou-se a fórmula $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$. Para classificação do IMC foram utilizados os pontos de corte de $\leq 18,4 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso), $18,5-24,9$ (Eutrófico), 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Obesidade). Para classificação do IMC foram utilizados os pontos de corte de $< 16 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso grave), $16,0-16,9 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso moderado), $17,0-18,4 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso leve), $18,5-24,9$ (Eutrófico), 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Obesidade). (OMS, 1995, ABESO, 2016). A diferença entre o peso auto referido do início do curso e o atual verificado, foi dicotomizado pela mediana em função da distribuição anormal.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição registro CAAE 50096615.1.0000.5336 e todos os participantes que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade foi de $25,6 \pm 5,9$ anos (mínimo de 18 anos e máximo de 43 anos). A maioria dos estudantes eram do sexo feminino ($n=69; 79,3\%$).

No início do curso, a média do peso foi de $66,6 \text{ Kg} \pm 13,1 \text{ Kg}$; o IMC foi $24,2 \pm 4,2 \text{ Kg/m}^2$. No momento da coleta de dados, a média do peso foi de $71,6 \text{ Kg} \pm 15,6 \text{ Kg}$; o IMC foi $26,0 \pm 5,1 \text{ Kg/m}^2$. A Em média, houve um acréscimo de peso de $5,0 \pm 7,4 \text{ Kg}$, mediana de ganho de peso de $3,7 \text{ Kg}$, com perda de peso mínimo de $11,3 \text{ kg}$ e ganho de peso máximo de 28 Kg .

Quanto ao IMC, as mudanças nas classificações foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$), mostrando que dos cinco estudantes com IMC de baixo peso no início do curso, 4 (80,0%) migraram para a classificação de normal/eutrófico; dos 48 (55,2%) estudantes com IMC normal/eutrófico no início do curso, 34 (70,8%) mantiveram-se na mesma classificação, 13 (27,1%) migraram para a IMC sobrepeso/Pré-obesidade e 1 (2,1%) para IMC baixo peso; dos 27 (31,0%) estudantes com IMC de sobrepeso/pré-obesidade, 14 (51,9%) mantiveram-se na mesma classificação, 10 (37,0%) migraram para IMC de obesidade e 3 (11,1%) para o IMC normal/Eutrófico; e, dos 7 (7,9%) estudantes com classificação obesidade no início do curso, 5 (71,4%) mantiveram-se na mesma classificação e 2 (28,6) migraram para o IMC sobrepeso/pré-obesidade.

Estudo sobre o IMC de estudantes, mostrou prevalência de 26% para sobrepeso e 4,5% para obesidade I e II. As prevalências de sobrepeso e obesidade para o primeiro ano foram, respectivamente, de 27,5% e 3,3%, e para do último ano de 23,8% e 6,4%. Portanto, constatou-se um terço de adultos jovens com excesso de peso (PIRES & MUSSI, 2016).

4. CONCLUSÕES

A partir da análise realizada verificou-se mudanças na classificação do IMC no início do curso e atual e estas mostraram-se estatisticamente significativas, apontando uma tendência de migração para uma classificação de IMC acima

da encontrada no início do curso. Quando esta migração passa para uma classificação de risco para problemas de saúde torna-se um alerta para as consequências do sobrepeso/obesidade nos futuros profissionais de saúde.

Os resultados apontam para a necessidade de intervenções e políticas universitárias de incentivo à adoção de hábitos saudáveis, bem como para a importância da associação desses resultados com fatores de risco cardiovascular de natureza modificável.

Faz-se necessária a ampliação do estudo, especialmente, com estudantes que participaram da pesquisa no primeiro ano do curso, no intuito de avaliar possíveis mudanças na exposição ao excesso de peso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 4 ed.** São Paulo, 2016. Acessado em 3 ago. 2017. Online. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 12**, Obesidade. Brasília, 2006. Acessado em 3 ago. 2017. Online. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Excesso de peso em universitários ingressantes e concluintes de um curso de enfermagem. **Escola Anna Nery**. v. 20, n. 4, p. 1-5. 2016.

Organização Mundial de Saúde. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. Acessado em 3 ago. 2017. Online. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_suppl_2_final.pdf

EDMONDS R.D et al. Body Weight and Percent Body Fat Increase during the Transition from High School to University in Females. **Journal of the American dietetic association**. v. 108 n. 6, P. 1033-1037, 2008.

FISSURA EM USUÁRIOS DE CRACK

KARINE LANGMANTEL SILVEIRA¹; SILVANA FONSECA TIMM²; POLIANA FARIAS ALVES³; MICHELE MANDAGARÁ OLIVEIRA⁴; CARIN VIEIRA WEISS⁵

¹ Universidade Federal de Pelotas – kaa_langmantel@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – silvana_timm@hotmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – polibrina@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

⁵ Associação Beneficente Pella Bethânia – Taquari – RS carin_weiss@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O crack é caracterizado como uma substância psicoativa ilícita de ação estimulante do sistema nervoso central. Subproduto da pasta base da cocaína, apresenta efeitos como: excitação, hiperatividade, euforia e prazer e, por ser utilizado na forma inalatória, os seus efeitos são sentidos quase imediatamente (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

O transtorno relacionado ao uso desta substância mais comumente citado é a fissura ou *craving*. A literatura aponta que o *craving* caracteriza-se por um processo reflexivo de um estado de motivação orientado para o consumo de SPA, influenciado pelas expectativas positivas deste consumo. Este conceito integra a ideia do desejo com o da utilização da substância, sendo assim, passa-se a entender a fissura de uma forma multidimensional, a qual pode afetar o humor, o comportamento e a cognição (ARAUJO, PEDROSO, CASTRO, 2010; PICOLI, 2013).

Considerando que o *craving* grave pode estar ligado a um uso abusivo da substância, este estudo teve como objetivo descrever a prevalência de fissura em usuários de crack em um município do Sul do Brasil.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório que visou identificar o nível de fissura em usuários de crack. Este estudo é parte integrativa do projeto de pesquisa “Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso” o qual foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) edital MCT/CNPq nº 041/2010.

Foi obtida uma amostra estratificada de dois serviços, que teve por objetivo estimar a proporção de usuários de drogas no município, para o cálculo, utilizaram-se as informações fornecidas pelo sistema de informação dos serviços. A prevalência de usuários de drogas foi desconhecida ($p = 0,50$), admitiu-se um erro amostral de 4% ($d=0,04$), sob o nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), o número de elementos em cada estrato foi proporcional ao total de usuários cadastrados no serviço 1 ($N=5.700$) e serviço 2 ($N=200$). A amostra final foi constituída por 505 usuários de drogas. A sistemática de seleção adotada foi a aleatória simples, com sorteio direto nas bases de dados. Do total de entrevistas, 133 usuários relataram já ter utilizado crack, amostragem esta que será utilizada para este estudo.

Para o presente estudo foi selecionada a escala CCQ-Brief, sendo esta uma escala de 10 questões que apresenta likert de 7 pontos que vai de “discordo totalmente” até “concordo totalmente”. O seu escore é obtido através da soma de pontos de cada questão.

Os questionários foram codificados pelo entrevistador e revisados pelos coordenadores. Os dados foram digitados através do gerenciador de banco de dados Microsoft Access v.2003. A análise dos dados foi realizada utilizando o software STATA v.12 e a pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução COFEN nº 311/2007 e resoluções 196/96 e a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas de Pelotas recebendo o parecer nº 301/2011.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte do estudo 133 indivíduos que responderam integralmente a escala CCQ-Brief. Em relação ao nível de fissura, apresentada na **Figura 1**, observa-se que 6 usuários (4,5%) foram classificados com nível de fissura mínimo (0 a 11 pontos), 12 usuários (9,0%) nível de fissura leve (12 a 16 pontos), 58 usuários (43,6%) nível de fissura moderado (17 a 22 pontos) e 57 usuários (42,9%) com nível de fissura grave (23 pontos e mais).

Níveis de fissura segundo a escala CCQ-Brief (n=133)

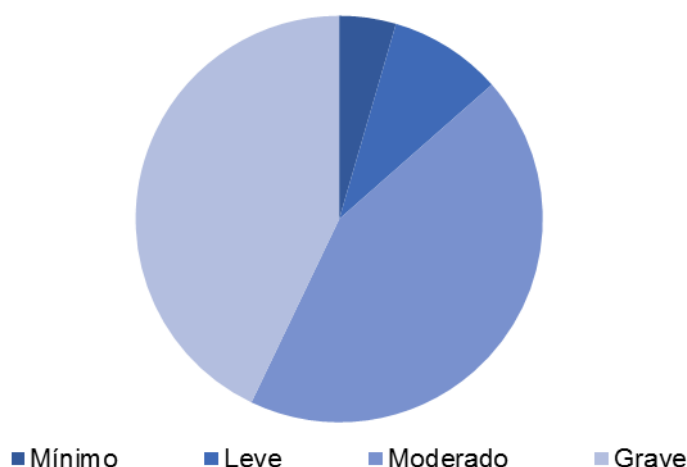


Figura 1 – Gráfico dos níveis de fissura segundo a escala CCQ-Brief (n=133). Pelotas-RS, 2012.

Ressalta-se que, 86% dos participantes (n=115) apresentaram níveis de fissura de moderado a grave. A distribuição da frequência dos pontos da escala CCQ-Brief está apresentada na **Figura 2** a seguir:

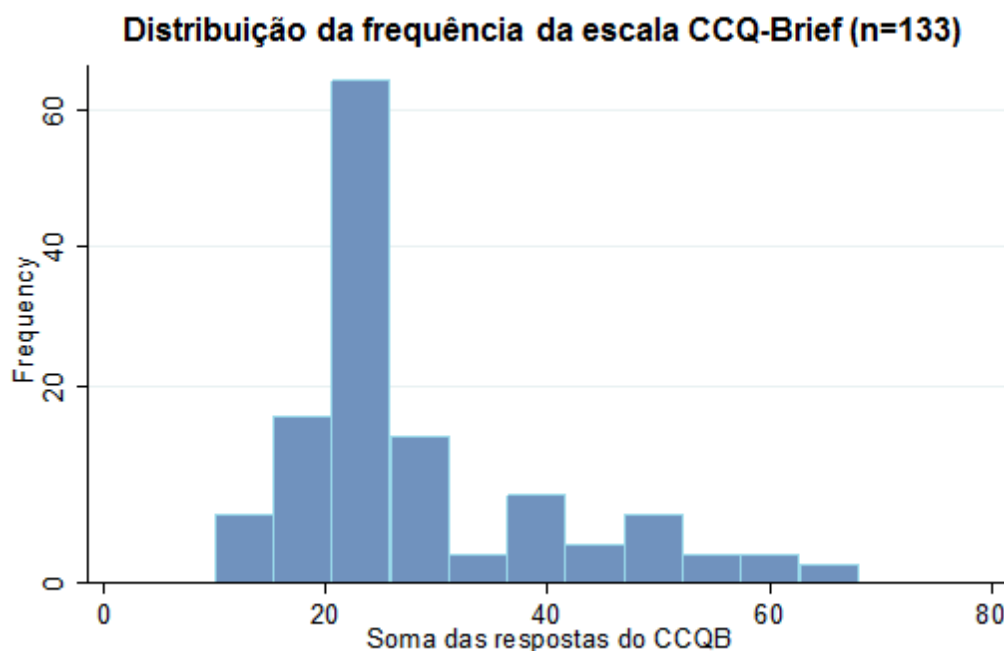


Figura 2– Histograma da distribuição da frequência da escala CCQ-Brief (n=133). Pelotas-RS, 2012.

O escore médio obtido da escala CCQ-Brief foi de 27,5 ($dp = \pm 12,4$), o escore mediano 22, o mínimo 10 e o máximo 68 pontos.

Analisando os resultados deste estudo, obteve-se que a maioria dos entrevistados apresentou nível de fissura moderado ou grave. Resultado este similar ao encontrado no estudo desenvolvido por Lappann et al (2015), onde também foi utilizado a escala CCQ-Brief, e no estudo de Silveira et al (2006) que foi baseado na avaliação da fissura descrita pelos entrevistados.

Muitas vezes referida como uma necessidade imprescindível para o corpo, a fissura é definida como fator causal do fenômeno conhecido como *binge*: padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de *crack* que pode durar dias, até que se termine a disponibilidade da substância ou até que se haja a exaustão do usuário. A busca obcecada pelo *crack* pode suscitar em comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais (CHAVES et al, 2011).

O intenso desejo de consumir a substância dificulta a possibilidade de diminuição do uso, bem como a abstinência, mesmo que essa possa ser desejada pelo próprio usuário (CHAVES et al, 2011). Por isso, a importância de estudar a fissura e com isso, buscar uma melhor compreensão a respeito dos possíveis fatores que podem estar ligados ao maior ou menor nível.

4. CONCLUSÕES

Os elevados níveis de fissura ocasionadas pelo consumo abusivo do crack podem colocar os usuários em situações de vulnerabilidade biopsicossocial. A participação das instituições de saúde, como por exemplo, as unidades básicas de saúde, e serviços especializados tem um papel importante na recuperação dos mesmos e na quebra dos estereótipos vinculados. O cuidado estabelecido deve ser voltado ao ser individualmente,

propondo atividades que levem ao enfrentamento dos altos níveis de fissura, bem como atentar para outras necessidades não vinculadas ao uso da substância. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde trabalhar com empatia e equidade, visto que todos têm o direito de dispor de serviços que promovam saúde e bem-estar, independentemente do padrão de vida que levam.

5. REFERÊNCIAS

ARAUJO, R. B.; PEDROSO, R. S.; CASTRO, M. G. T. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire – Brief. **Rev Psiquiatria**, v. 37, n. 5, p. 195-8, 2010.

CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1168-75, 2011.

LAPPANN, N. C.; MACHADO, J. S. A. TAMEIRÃO, F. V.; BENJAMIM, M. L. N. Craving pelo crack nos usuários em tratamento no centro de atenção psicossocial. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v. 11, n. 1, p. 19-24, 2015.

PICOLI, M. M. C. **Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Caps I do Interior do Rio Grande do Sul**. Florianópolis, 2013, SC, 167 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ªed - Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E.; NIEL, M.; JORGE, M. R. Predicting craving among cocaine users. **Addictive Behaviors**, v. 31, p. 2292–2297, 2006.

ESTRATÉGIAS SÓCIO AFETIVAS UTILIZADAS POR FAMILIARES DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS NO PROCESSO DE MATERNIDADE.

LIENI FREDO HERREIRA¹; MICHELE MANDAGARÁ DE OLIVEIRA²; PAOLA DE OLIVEIRA CAMARGO³; GIOVANA CÓSSIO RODRIGUEZ⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – lienisherreiraa@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas - paolacamargo01@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – giovanacossio@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O sentimento de culpa e de incapacidade que mulheres usuárias de substâncias psicoativas vivenciam ao cuidar de uma criança durante o processo de maternidade, faz com que algumas deixem os cuidados de seus filhos com os familiares mais próximos (LIMBERGER; ANDRETTA, 2015).

Observa-se que a família é sempre o grande apoio e é com ela que estes usuários contam em todos os momentos. A família é o referencial de segurança, sendo de grande importância o apoio dela em cada acontecimento de suas vidas (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

A família é a grande responsável pelo desenvolvimento afetivo, cultural e de proteção dos seus membros, com isso percebe-se que quando esta tem um membro envolvido com o uso de substâncias psicoativas, ela passa por momentos de desestruturação e insegurança (MEDEIROS, et al., 2013; SIQUEIRA, et al., 2012; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

Sendo assim objetivo deste trabalho foi conhecer as estratégias sócio afetivas utilizadas por familiares durante o processo de maternidade de mulheres usuárias de crack, além de identificar a organização da constituição familiar e as suas redes de apoio.

2. METODOLOGIA

O presente resumo é resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, intitulado "Estratégias sócio afetivas utilizadas por familiares de usuárias de crack durante o processo da maternidade".

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com aplicação de entrevistas semiestruturadas, gravadas com cinco familiares de mulheres usuárias de crack durante o processo de maternidade. Os dados desta pesquisa foram coletados no mês de outubro de 2015, na residência destes familiares, diante do vínculo já existente entre a pesquisadora e os participantes, em razão da participação em um projeto de extensão na qual a estudante e os familiares fazem parte.

A análise se deu a partir da Análise Temática proposta por Minayo (2010) e os dados foram analisados em três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Para Minayo (2009), a pré-análise é a leitura e o contato exaustivo com os dados que serão analisados, em seguida realiza-se a reformulação do pressuposto e objetivos frente ao material que foi encontrado, e por fim a

elaboração dos indicadores que vão orientar a interpretação final. Como segundo item, a exploração do material significa compreender os dados, em seguida ocorre à classificação e a agregação dos mesmos, buscando especificação de temáticas.

Após o tratamento dos dados obtidos é realizada a compilação dos resultados principais para se chegar as temáticas de acordo com os objetivos propostos, realizando também uma reflexão e apreensão acerca do discurso dos sujeitos e após um confronto com a literatura pesquisada (MINAYO, 2010).

Após esse processo chegou-se a 4 temáticas, sendo elas O momento em que o(a) familiar/cuidador (a) soube da gravidez, Estratégias de cuidado, Principais dificuldades referidas pelos familiares sobre o dia a dia do cuidado, Redes de apoio que foram discutidas de acordo com a literatura.

Para a realização do trabalho foram considerados os princípios éticos assegurados conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil, para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado pelo parecer 1.213.034.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esta pesquisa concluímos o quanto os familiares são o grande suporte a estas mulheres que utilizam substâncias psicoativas durante o processo de maternidade, ajudando com os cuidados a criança, apoio emocional e financeiro. Os familiares relataram certo desconforto ao descobrirem a gestação, porém eles conseguiram deixar de lado seus conflitos para que pudessem prestar o apoio necessário a estas mulheres, visto que a criança que estava prestes a nascer precisaria de um ambiente favorável.

Em relação aos cuidados e apoio prestados a essas mulheres e seus filhos, podemos observar que estes familiares se mostraram sempre presentes e dispostos a oferecer tudo que fosse necessário a elas.

Porém percebemos que toda essa doação e ajuda para que este cuidado fosse prestado, muitas vezes resultavam em alterações da rotina, apresentando sobrecarga emocional e problemas financeiros, com isso eles acabavam acionando outros membros da família para que eles pudessem ter alguns momentos de distração e lazer, além da ajuda financeira para que se pudessem manter os gastos necessários para continuar prestando estes cuidados.

Com isso podemos perceber que a rede de apoio destes familiares estava centrada nas pessoas mais próximas a eles como companheiros, vizinhos, mães e outros familiares mais próximos.

4. CONCLUSÕES

Com o desenvolvimento deste estudo podemos concluir que os familiares, mesmo diante de toda a vulnerabilidade que a usuária se encontrava durante e após a gravidez, sempre se mostraram como um apoio para elas. Quando a usuária descobre uma gestação, geralmente não planejada, esses familiares a acolhem e prestam o apoio necessário durante este processo.

Podemos perceber que os serviços de saúde tem um grande desafio quanto ao cuidado prestado aos familiares de pessoas que usam substâncias psicoativas, visto que eles não apareceram como uma rede de apoio neste estudo, com isso nota-se a fragilidade que existe nestes serviços para prestar este apoio e cuidado.

Sendo assim acredita-se que as necessidades dos familiares devem ser priorizadas pelos serviços de saúde, por serem eles a principal rede de apoio dessas usuárias de crack durante este processo de maternidade e que muitas vezes acabam caindo no esquecimento, visto que o foco está sempre no uso da substância ou no usuário. Devemos então realizar a abrangência da temática família, a fim de que estes também recebam o apoio esperado e merecido.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. Nuevos problemas sociales: el consumo de crack en las mujeres y la perspectiva de género. **Revista CS**, [S.l.], p. 41-65, abr. 2015

MAGALHÃES, D. E; SILVA, M. R. Cuidados Requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.14, n. 3, p. 408-415, 2010.

MEDEIROS, K.T.; MACIEL, A;C.; SOUSA, P.F.; SOUZA, F.M.; DIAS, C.C.V. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Revista Psicologia em Estudo**, v. 18, n.2, p. 269-279, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINAYO, M. C.. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 109p

SELEGHIM, M.; OLIVEIRA, M.. Influencia do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 263-268, 2013.

SIQUEIRA, D.; MORESCHI, C.; BACKES, D.; LUNARDI, V.; LUNARDI, W.; DALCIN, C.. Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.17, n.2, p.248-254, 2012.

UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVOS E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÃO EM ADULTOS NO BRASIL

LORRANY DA SILVA NUNES¹; ELAINE TOMASI²; ELAINE THUMÉ¹; LUIZ
AUGUSTO FACCHINI²; SUELE MANJOURANY SILVA DURO¹

¹Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O comportamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) sofreu alterações ao longo da história, sendo identificada uma modificação no seu perfil epidemiológico. No momento, a epidemia tem apresentado um aumento significativo entre as mulheres, entre os grupos populacionais de baixa renda e com uma tendência em direção de aumento nas cidades de médio porte (MADUREIRA, 2008).

Na vida sexual e reprodutiva, o preservativo é um recurso disponível a homens e mulheres que atende à dupla função de proteção contra a gravidez e contra doenças sexualmente transmissíveis (DST) (NASCIMENTO, 2017).

Estudo de intervenção sobre uso de preservativo, realizado com jovens universitários entre 18 e 24 anos, e, 2017, mostrou que a intervenção foi positiva, no sentido de que os indivíduos do grupo intervenção apresentaram maior probabilidade no uso do preservativo, quando comparados ao grupo controle (OLIVEIRA, 2017).

Portanto é de fundamental importância que os serviços de saúde estejam preparados para o fornecimento de orientações sobre a prevenção do HIV e demais doenças sexualmente transmissíveis, tendo em vista o possível impacto desta orientação na adoção de comportamento preventivo. Face ao exposto, o presente trabalho busca investigar o recebimento de orientação para utilização de preservativo e seu uso em todas as relações sexuais em adultos no Brasil.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo com delineamento transversal em uma amostra de indivíduos adultos, entre 20 e 59 anos de idade, moradores da área urbana de 100 municípios das cinco regiões geopolíticas do Brasil, no ano de 2009. O presente estudo integra o projeto "AQUARES", que objetivou avaliar o acesso, a utilização e a qualidade da rede de atenção à saúde no Brasil. Para localização da amostra representativa da população adulta brasileira, foi realizado um processo complexo em múltiplos níveis, considerando o tamanho da população, os setores censitários e os domicílios. Os municípios e os setores censitários urbanos foram selecionados pela divisão territorial utilizando a malha oficial do Censo Populacional do ano 2000. Após ordenar segundo o tamanho da população, os municípios foram aleatoriamente selecionados, e os setores censitários igualmente foram sorteados de acordo com a proporção de setores válidos e o tamanho da população. Em cada um dos 638 setores selecionados, 10 domicílios eram visitados, seguindo um "salto" sistemático entre as residências, esperando-se encontrar 17 adultos por

setor (SZWARCOWALD, 2008). Todos os adultos residentes nos domicílios selecionados foram considerados elegíveis para as entrevistas e convidados a participar da pesquisa. O questionário utilizado no estudo foi padronizado e pré-testado. Realizou-se teste de qui-quadrado para heterogeneidade e foi adotado um nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o trabalho de campo, foram identificados 13.756 adultos elegíveis para o estudo, sendo entrevistados 12.402, contabilizando 8% (1.101) de perdas e 2% (275) de recusas. Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (55,0%), com idade entre 20 e 39 anos (57,0%), de cor da pele parda (52,9%), morava com companheiro (64,1%), encontrava-se no nível econômico C (51,5%), nunca havia fumado (63,2%), tinha IMC $\geq 25,0$ kg/m² (50,5%) e era sedentária (82,5%). Quanto a problemas crônicos de saúde, 16,3% relatou ter diagnóstico médico de hipertensão arterial, 3,6% de diabetes e 17,5% de excesso de peso nos 12 meses anteriores à entrevista. Quanto à utilização de preservativo em todas as relações sexuais, 30% dos entrevistados referiram adotar esse comportamento e 61% informou ter recebido orientação para utilização de preservativo em todas as relações sexuais no ano anterior à entrevista. Destes, 31% referiu ter recebido tais orientações na unidade básica de saúde, 7% em consultório por convênio ou plano de saúde e 66% através da mídia. O médico foi citado por 41%, seguido de enfermeiro 16%. Quanto à utilização do preservativo em todas as relações sexuais, o que foi confirmado por 30%. Quando comparamos a utilização de preservativo com o recebimento de orientação, observamos que a prevalência de utilização foi significativamente maior entre aqueles que receberam a orientação (38%) do que entre os que não receberam (18%) ($p < 0,001$). Embora a prevalência encontrada seja baixa, verifica-se que houve um aumento no uso ao longo do tempo. Estudo realizado em Pelotas, no ano de 1996, 4% dos entrevistados relatou o uso de preservativos (DIAS DA COSTA, 1996). Outro estudo transversal de base populacional realizado na mesma cidade, em 1999, com uma amostra representativa de mulheres, mostrou que menos de 8% das mulheres com companheiro referiram a utilização de preservativos nas relações sexuais (OLINTO, 1999). Inquérito nacional, realizado em 2004, entre indivíduos de ambos os sexos, de 15 a 54 anos, identificou que 25% da população sexualmente ativa fazia uso regular de preservativo (SZWARCOWALD, 2004). Estudo realizado com adultos do interior do nordeste, em 2017, encontrou relato de utilização na última relação sexual por 27% da amostra (NASCIMENTO, 2017).

4. CONCLUSÕES

Tendo em vista observação de que a probabilidade de utilização de preservativo em todas as relações sexuais foi 2,11 vezes maior entre aqueles que receberam orientação, quando comparado aos que não receberam, é importante o desenvolvimento de ações visando a qualificação de serviços e profissionais de saúde, para que a população tenha à disposição informações qualificadas sobre este e outros comportamentos em saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIAS DA COSTA, J.S.; D'ELIA, P.B.; MOREIRA, M.R. Prevalência do uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, p.339-44, 1996.

CARRENO, I.; DIAS DA COSTA, J.S. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.01-7, 2006.

MADUREIRA, V.S.F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1807-16, 2008.

NASCIMENTO, E.G.C.; CAVALCANTI, M.A.F.; ALCHIERI, J.C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v.19, n.1, 2017.

OLINTO, M.T.A.; GALVÃO, L.W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, p.64-72, 1999.

OLIVEIRA, A.C.G.D.P.; CAMELO, F.; PATRÍCIO, M.; CAMARNEIRO, A.P.; CARDOSO, S.M.; PITA, J.R. Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. **Revista de Enfermagem**, Coimbra, v.4, n.13, p.71-82, 2017.

SZWARCWALD, C.L.; BARBOSA JÚNIOR, A.; PASCOM, A.R.; SOUZA JÚNIOR, P.R. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. **Boletim Epidemiológico AIDS DST**, Brasília, v.17, p.16-21, 2004.

SZWARCWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. v.11, n.S1, 38-45, 2008.

POTENCIALIDADES DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Claribel Couto da Cruz¹; Janaina Quinzen Willrich²; Mirela Farias Pickersgill³

¹Universidade Federal de Pelotas – claribelcouth@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – janainaquwill@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – mirelapick@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelece que o Centro de Atenção Psicossocial/CAPS deve ser constituído por equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar e prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe).

Neste sentido, é de grande valia as experiências grupais, sendo este um recurso terapêutico usado rotineiramente nos CAPS. Segundo Pichon-Riviéri (2005), pode-se falar em grupo, quando um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes, reúnem-se em torno de uma tarefa específica. O autor ao caracterizar grupo conclui que este poderá até mesmo obter a “cura” se for um grupo terapêutico.

Deste modo, percebe-se a importância do trabalho com grupo terapêutico no intuito de estimular promoção da autonomia, da cidadania e da reinserção social. Assim, tem-se como objetivo conhecer as potencialidades dos grupos terapêuticos no processo de reabilitação psicossocial dos usuários de CAPS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, de um município do Sul do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram usuários de grupos terapêuticos no CAPS, sendo que na etapa de observação participaram 24 usuários de dois grupos terapêuticos desenvolvidos no serviço: Grupo de Medicação e Grupo de Expressão. Para a etapa das entrevistas foram escolhidos 6 destes usuários.

Deste modo, a coleta se deu a partir de entrevista semi-estruturada (MINAYO, 2002) e observação participante (MINAYO, 2007) de 12 grupos terapêuticos. Os dados obtidos da transcrição das entrevistas e do diário de campo foram analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2007). A pesquisa respeitou todos os critérios éticos apresentados na Resolução 466/2012 e os participantes aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos demonstram que a participação nos Grupos Terapêuticos, contribuíram para a Reabilitação Psicossocial, ocorrendo o aumento da autonomia e recuperação de habilidades perdidas, especialmente no que diz respeito a realização de tarefas diárias como: o cuidado com a casa e o ambiente em que vivem, o cuidado com o corpo e a higiene pessoal e organização das finanças, demonstrando assim responsabilidade e independência.

Barros e Rocha (2009) relatam que os afazeres domésticos promovem o ajustamento do homem ao social, transformando o seu cotidiano em ações, atos classificáveis, que orientam o seu cotidiano prático e atua como legitimador da ordem social. Neste contexto, ser capaz de cuidar da casa, de gerir o dinheiro e saber o horário de uso da medicação sem depender de terceiros é um dos primeiros passos para a conquista da autonomia. Frente a isto, nas observações percebeu-se que alguns usuários do grupo eram capazes de tomar decisões que afetavam as suas vidas e que colocavam em evidência a possibilidade de autodirigir-se.

O usuário no processo de autoconhecimento, possibilitado pela participação nos grupos terapêuticos, descobre a sua própria essência, as suas sensações e com clareza as interferências externas. O usuário quando alcança a autonomia de conhecer o seu transtorno e consegue identificar quando os sintomas estão aparecendo ele pode buscar alternativas para o enfrentamento das dificuldades enfrentadas.

Observa-se também que a mesma tem melhor compreensão da própria subjetividade, podendo sua autoimagem ser remodelada, pois a esta consegue percebe-se e tem seu comportamento modificado.

Neste contexto cada ser humano irá dentro do grupo terapêutico agir de forma diferente, pois, o usuário é único e dessa forma, cada um experimenta o mundo de maneira própria e singular. Sendo assim o melhor observador de cada um é si mesmo, pois só o próprio indivíduo é quem vai poder saber ao certo o que experimentou, e assim, pode descrever através da fala ou expressão corporal, o que sentiu (FARAH, 2009). Deste modo, a participação no grupo terapêutico proporciona, a partir da troca de vivências e do compartilhamento de medos e ansiedades, que o usuário possa reconstruir sua trajetória e suas significações.

As experiências individuais, compartilhadas nos grupos terapêuticos fazem com que os usuários encontrem auxílio mútuo e ofereçam entre si recursos diversos como: informações, ideias, apoio e conselhos. Nesse sentido a força da mudança vem dos membros do grupo. O apoio mútuo consolida a união do grupo em torno de um objetivo comum (BECHELLI E SANTOS, 2004).

Além disto, a vivência, promovida pelo grupo terapêutico, entre usuários e os trabalhadores de saúde mental pode ser potencializada a partir do estabelecimento de vínculos. Conforme Campos (2003, p.66) a construção do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe, este pode ser uma ferramenta que facilita as trocas sociais, entre os saberes técnicos e os populares, sendo transformado em atos terapêuticos a partir da história de cada um. O vínculo pode ser uma ferramenta que facilita as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde.

4. CONCLUSÕES

Na saúde mental estar em grupo é uma estratégia para a reabilitação e reinserção social, possibilitando a promoção da saúde psíquica e a prevenção do sofrimento emocional. Além disto, a autonomia promovida pela participação no grupo terapêutico é estimulada pela relação vínculo entre o profissional de saúde, usuário e o grupo. E este vínculo promove a participação do usuário no serviço, ampliando a eficiência das ações de saúde e favorecendo a participação do usuário na prestação do atendimento e isto também contribuirá para a satisfação do usuário.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7º ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 2012**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

BARROS, C.; ROCHA, E. Lógica de consumo em um grupo de camadas populares: uma visão antropológica de significados culturais. In: ROCHA, A.; SILVA, J. F.(orgs). Consumo na base da pirâmide: estudos brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. **Mauad X**, 2009.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O terapeuta na psicoterapia de grupo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, 249-254p, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FARAH, A. B. A. Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. **Revista IGT na Rede**, v.6, n.11, 174–335p, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo. Ed. Hucitec, 2007.

PICHON-REVIÉRE, E. **O processo grupal**. 7ºed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.

QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Kênia Fernanda Duarte¹; Luciane Prado Kantorski²; Poliana Farias Alves³;
Karine Langmantel Silveira⁴

¹ *Universidade Federal de Pelotas – gauchakenia@gmail.com;*

² *Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br;*

³ *Universidade Federal de Pelotas – polibrina@hotmail.com;*

⁴ *Universidade Federal de Pelotas – kaa_langmantel@hotmail.com;*

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As diretrizes curriculares do curso de Enfermagem visam uma formação humanista, reflexiva, crítica e generalista, tendo por finalidade a formação de enfermeiros que possam suprir as necessidades da população conforme os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (AMESTOY *et al.*, 2010).

Segundo Kawakame e Miydahira (2005), para que o acadêmico possa desenvolver suas atividades com efetividade e tenha um bom aproveitamento durante a graduação é necessário um equilíbrio entre uma boa saúde psicoemocional e uma boa qualidade de vida, pois ambos afetam o desenvolvimento intelectual do graduando.

Portanto, o objetivo deste estudo é descrever a qualidade de vida e a presença de transtornos de saúde mental em acadêmicos de enfermagem de uma Universidade localizada no Rio Grande do Sul.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Prevalência de depressão entre acadêmicos de enfermagem”. Para a definição dos participantes, foi realizado cálculo da amostra utilizando os dados referentes ao total de estudantes de enfermagem matriculados no sistema de informações da instituição. De acordo com este, em outubro de 2016 o curso de enfermagem contava com 414 estudantes matriculados do primeiro ao décimo semestre. Para o cálculo foi utilizado o valor de prevalência de sintomas de depressão de 20%, proveniente da revisão de literatura, admitiu-se um erro amostral de 5%, sob um nível de confiança de 95%. A fim de evitar prejuízo futuros, a amostra foi acrescida em 20% para o caso de perdas e recusas. Assim, foi obtida uma amostra aleatória de 188 acadêmicos, estratificada proporcionalmente por semestre.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário, durante a 1ª quinzena de julho de 2017. Para este estudo foram selecionadas as seguintes variáveis: horas suficientes de sono; avaliação da qualidade de vida; satisfação com a saúde; desenvolvimento de transtorno de humor; e diagnóstico.

Os questionários aplicados foram codificados e revisados. Os dados foram digitados através do Excel. A análise dos dados foi realizada utilizando o

software STATA v.12. A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução COFEN nº 311/2007 e a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas recebendo o parecer [nº 2.054.907](#).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir traz resultados relacionados à qualidade de vida e a existência de alguma doença mental já diagnosticada nos graduandos de Enfermagem.

Tabela- Qualidade de vida e presença de transtornos em acadêmicos de enfermagem (n=188). Pelotas – RS, 2017.

Características	Total n (%)
Julga dormir horas suficientes para sentir-se descansado(a) para realizar suas atividades diárias	
Sim	59 (31.38)
Não	129 (68.62)
Satisfação quanto à qualidade de vida	
Sim	98 (52.13)
Não	90 (47.87)
Satisfeito com a saúde	
Sim	90 (47.87)
Não	72 (38.30)
Não informou	26 (13.83)
Apresentou algum transtorno de humor durante a graduação	
Sim	108 (57.45)
Não	76 (40.43)
Não informou	4 (2.13)
Diagnósticos* (n=108)	
Depressão	34 (22.84)
Bipolar	10 (6.70)
Transtorno de ansiedade	76 (51.00)
Síndrome do pânico	16 (10.72)
Outro	11 (7.38)
Não informou	2 (1.36)

Referente às horas de sono, os dados mostram que a maioria dos participantes julgou não dormir o suficiente, o resultado obtido aproximou-se de um estudo realizado por Augner (2011), observou-se que a má qualidade do sono ou a falta dele em longo prazo leva a sintomas físicos e emocionais que prejudicam a saúde, estando associado a sintomas depressivos em estudantes de Enfermagem.

Bampie *et al* (2013) realizou um estudo com acadêmicos de Enfermagem e concluiu que a insatisfação referente as poucas horas

destinadas ao sono está diretamente ligada ao grande volume de atividades acadêmicas e carga horária excessiva que o curso exige. A energia que o graduando necessita para desenvolver suas atividades diárias acaba sendo afetada pela privação do sono, o que influencia de forma negativa a capacidade de aprendizado da população participante do estudo.

No que tange a satisfação dos acadêmicos quanto a qualidade de vida, os resultados obtidos no estudo assemelham-se ao estudo realizado por Souza *et al.* (2012) que traz como resultado grande impacto negativo na qualidade de vida dos acadêmicos de Enfermagem.

Nessa perspectiva vale ressaltar que em ambas as Universidades os cursos são em período integral, o que sugere que os acadêmicos passam maior parte do seu tempo na instituição, o que limita as horas destinadas para atividades de lazer. Os resultados também podem estar associados à privação do sono, grau de energia diária diminuída, capacidade de realizar as atividades diárias afetadas, fatores que interferem negativamente na percepção que o acadêmico tem perante sua qualidade de vida.

Outro dado aferido nesse estudo é a satisfação dos graduandos quanto sua saúde, observando a tabela percebe-se que a porcentagem dos acadêmicos insatisfeitos com sua saúde é alta. Os dados levantados assemelham-se aos de outros dois estudos encontrados na literatura, Bampi *et al.* (2013) e Fugerato, Santos e Silva (2010), o segundo estudo citado também traz que a maioria das graduandos que avaliam sua saúde como ruim ou regular tem depressão.

Referente aos transtornos de Humor diagnosticados, os dados levantados são bastante preocupantes, e são compatíveis aos dados encontrados na revisão de literatura.

Em um estudo desenvolvido por Amr *et al.* (2011), observa-se que a maior parte dos graduandos apresentou ansiedade seguida por depressão, o autor identificou em seu estudo que a sobrecarga de trabalho, problemas financeiros e relacionais são os maiores estressores observados que podem levar os acadêmicos a desenvolver tais Transtornos de Humor.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo alcançou os objetivos propostos, pois, conseguiu levantar a percepção dos alunos referente à sua qualidade de vida e também levantou a prevalência dos acadêmicos que estão em sofrimento psíquico e a prevalência dos Transtornos de Humor mais presentes.

Perante os dados obtidos, destaca-se a necessidade da tomada de atitudes que possam dar suporte emocional aos acadêmicos de Enfermagem, observa-se na literatura estudos que obtiveram resultados positivos com a criação de programas de relacionamento interpessoal que trabalham a autoestima e depressão, melhorando assim a qualidade de vida dos graduandos.

5. REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; CESTARI, M. E.; THOFEHRN, M. B.; MILBRATH, V. M.; TRINDADE, L. L.; BACKES, V. M. Processo de formação de enfermeiros líderes. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.63, n.6, nov. 2010.

AMR, M.; EL-GILANY, A. H.; EL-MOAFEE, H.; *et al.* Stress among Mansoura (Egypt) baccalaureate nursing students. The Pan African Medical Journal, v.26, n.8, mar. 2011

AUGNER, C. Associations of subjective sleep quality with depression score, anxiety, physical symptoms and sleep onset latency in students. Central European Journal of Public Health, v.16, n.2, 115-117p, jun. 2011

BAMPI, L. N. S.; BARALDI, S.; GUILHEM, D.; *et al.* Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.34, n.2, 125-132p, jun. 2013

FUREGATO, A. R.; SANTOS, J. L.; SILVA, E. C. Depressão entre estudantes de dois cursos de graduação em enfermagem: auto-avaliação de saúde e fatores associados. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.63, n.4, 509-516p, ago. 2010

KAWAKAME, P.M.G.; MIYDAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.2, n.39, 164-172p, 2005.

SOUZA, I. M.; PARO, H. B.; MORALES, R. R.; *et. al.* Saúde relacionados com qualidade de vida e sintomas depressivos em estudantes de graduação em enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.20, n.4, 736-743p, ago. 2012

ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO AGENTE TRANSFORMADOR

Francine Feltrin de Oliveira¹; Alessandra Suptitz Carneiro²; Adriana Alves dos Santos³

¹Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – francinefeltrin@uol.com.br

² Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)- dinha.ale@hotmail.com

³Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – adrianasts@terra.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica (AB) e das práticas em saúde no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolve ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação voltadas a saúde de uma população adscrita em um determinado território (BRASIL, 2012a), como por exemplo, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como o Diabetes *Mellitus* (DM).

A atuação do enfermeiro da ESF no contexto do atendimento a pacientes com diabetes *mellitus*, é permeada pela prática da educação em saúde visando proporcionar uma convivência melhor do paciente com sua condição crônica, reforçar sua percepção de risco à saúde e melhorar sua habilidade para superar problemas, mantendo a autonomia, de modo que o sujeito também se torne responsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2014b).

No entanto, sabe-se que a úlcera em pés de pacientes diabéticos é a principal causa de hospitalização e amputação, sendo que 20 a 40% dos gastos com cuidados de saúde estão relacionados ao pé diabético (LEPÄNTALO et al., 2011).

Para tal, abordar o autocuidado com pacientes portadores de DM se torna um grande desafio para os profissionais da enfermagem na ESF, uma vez que essa condição é muito prevalente e multifatorial, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais (BRASIL, 2014b).

As orientações do enfermeiro se tornam um fator de proteção a complicações, visto que podem colaborar para a forma de cuidar e educar, motivando o outro a participar do processo saúde-doença, aprendendo o autocuidado dos pés e ajudando na adesão do tratamento (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

Para Alfradique *et al* (2009) a DM trata-se de uma condição sensível ao trabalho da AB, uma vez que estudos demonstram que o bom encaminhamento desse problema ainda em seu início evitam hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Por conseguinte, o presente estudo teve como objetivo conhecer as orientações que são fornecidas aos usuários portadores de DM voltadas para a prevenção do pé diabético, por meio da prática cotidiana de enfermeiros atuantes na ESF.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no município de Marau, localizado na região do Planalto Médio do Rio Grande do Sul.

A população do estudo foi composta por 11 enfermeiras das unidades de ESF. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semi estruturadas que ocorreram entre abril a junho de 2016. Foram considerados como critérios de inclusão as enfermeiras das unidades de ESF com no mínimo 4 meses de atuação, que tivessem interesse em participar do estudo e que demonstrassem aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, profissionais em período de férias ou afastados de suas atividades laborais.

Foi utilizado um instrumento semiestruturado, possibilitando que as enfermeiras expusessem seus conhecimentos sobre a temática. As entrevistas foram gravadas em áudio e, após, foram transcritas na íntegra.

Na análise dos dados foi realizada a leitura compreensiva do material transcrito das entrevistas. O tratamento e a consolidação dos dados pautaram-se na técnica de análise de temática propostos por Minayo (2014).

Para preservar a identidade das entrevistadas, utilizou-se a denominação de E, seguida de numeração, obedecendo a sequência E1, E2 e, assim, subsequente para as demais.

O estudo seguiu os preceitos éticos, garantindo o sigilo e o anonimato, respeitando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospital Conceição sob o parecer número 53058516.2.0000.5530.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciam que, nos atendimentos aos portadores de DM, as enfermeiras das ESF salientaram a importância do corte das unhas em linha reta e a não retirada de cutículas. Destacaram a necessidade de examinar os pés cotidianamente, observando a presença de bolhas, deformidades, micoses em unhas, pele ressecada ou descamada, ulceração ou áreas com eritema e a importância da utilização de cremes e óleos hidratantes.

O cuidado com os pés deve ser realizado diariamente, isso inclui a inspeção diária dos pés, o uso de meias e calçados especiais, a higiene com água morna ou sabão neutro e enxugá-los cuidadosamente, corte de unhas retas, e o uso de cremes e óleos hidratantes (BAKKER et al., 2015).

Além disso, foram realizadas orientações sobre a importância da lavagem diária dos pés com água morna e da secagem entre os dedos, o uso de meias de algodão e não retirar calos secos e buscar o serviço em caso de cortes, bolhas e feridas em pés. Além disso, foi dada atenção especial para evitar andar descalço, utilizar sempre calçados fechados e confortáveis, para evitar traumas externos.

Todos os pacientes diabéticos, especialmente aqueles com neuropatia diabética ou pé diabético de alto risco, devem ser instruídos a usar calçado

tanto dentro e fora de casa com a parte frontal fechada para prevenir o trauma (BAKKER et al., 2015).

Diante dos resultados, cabe ressaltar que as orientações fornecidas aos pacientes pelas enfermeiras seguem as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013a). Nesse contexto, ressalta-se a importância da orientação para o autocuidado no sentido de sensibilizá-los para que tomem decisões e medidas preventivas que irão ajudá-los a evitar possíveis complicações em seus pés, reduzindo a morbimortalidade por complicação da doença.

4. CONCLUSÕES

Os resultados evidenciaram que as orientações fornecidas estavam de acordo com as recomendações descritas pelo Ministério da Saúde, destacando a educação em saúde e a avaliação física dos pés como um método de prevenção.

A avaliação sistemática dos pés, se torna um fator essencial na identificação de condições de risco e na redução das chances de ulceração e amputação.

A ESF configura-se como um espaço potencializador para o cuidado do paciente diabético, onde o profissional enfermeiro tem papel essencial nas atividades de educação em saúde, em especial, na orientação para o autocuidado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 1337-1349p, jun. 2009

BECKER, T. A. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Diagnóstico de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6. 847-52p, nov./dec. 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 12 dez. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. **Estratégias para o**

cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

LEPÄNTALO, M. et al. Chapter V: Diabetic Foot. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v.42, n.2, 60–S74p, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/sP8uem>>. Acessado em 04 jun. 2017.

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

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, 100-109p, mar. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/pKWqf4>>. Acessado em: 08 jun. 2017.

O CUIDADO DA MÃE À CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

VIVIANE MARTEN MILBRATH²; VERA LUCIA FREITAG¹;
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA³; SIDNEI PETRONI⁴

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – verafreitag@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – vivianemarten@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul – mottinha@enf.ufrgs.br

⁴Universidade Federal de Santa Maria – sidneipetroni@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança com Paralisia Cerebral, o descobrimento do diagnóstico, o temor do desconhecido se contrapõe ao sonhado pela mãe, desfazendo o projeto do filho sonhado (PEREIRA; MATSUE; VIEIRA; *et al*, 2014). A partir deste momento, as vivências maternas são conectadas e influenciadas pelos fatores estressantes e pelas táticas de enfrentamento – caracterizadas pelo tempo, pelo grau de comprometimento dos filhos, ambientes, afinidades e fatos vivenciados e se transformam à medida que os filhos desenvolvem-se, alteram em função do cenário vivido pelas mulheres (RIBEIRO; VANDENBERGHE; PRUDENTE; *et al*, 2016). Além desses prejuízos, as mães que cuidam de crianças com paralisia cerebral convivem com inseguranças relacionadas, especialmente, ao futuro de seus filhos (SIMÕES; 2013). Segundo Heidegger (2013), o ser humano se preocupa consigo e com os outros na direção temporal de sua existência. Durante o cuidado o ser fica vigilante, pensando sentindo, respeitando um futuro impreciso e um presente próximo a partir do que já conhece. O filósofo afirma que a condição existencial de possibilidade de uma inquietação com a vida e apego necessita ser concebida como cuidado. Neste sentido o objetivo deste estudo é compreender o cuidado da mãe a criança/adolescente com paralisia cerebral.

2. METODOLOGIA

Estudo qualitativo ancorado na concepção da fenomenologia hermenêutica de Heidegger e Ricoeur, representado por dez mulheres/mães cuidadoras de criança/adolescente com paralisia cerebral, com idade de 5-11 anos e adolescentes de 12-19 anos que frequentavam a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de um município situado ao norte do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. As informações foram originadas a partir de entrevistas fenomenológicas e observação participante, no período de abril a junho de 2015. Como critérios de inclusão foram considerados: ser a mãe e cuidadora da criança/adolescente com necessidades especiais decorrentes da Paralisia Cerebral; a criança/adolescente ter idade entre 5 a 19 anos; frequentar o local do estudo; não estar viajando ou afastada da instituição durante o período da coleta das informações e as mães terem idade igual ou superior a 18 anos. E, exclusão: apresentar dificuldade de comunicação verbal.

As informações serão apresentadas pelas iniciais M (Mãe) e numeral de 1 a 10, segundo a ordem das entrevistas. A interpretação seguiu a hermenêutica de Paul Ricoeur (1978). O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sob o parecer circunstanciado nº 1.001.573, com data da relatoria: 26/03/2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado das mães para com os filhos é um cuidado solícito, visto que relatam que desde a hora que acordam dedicam-se exclusivamente ao filho, esquecendo-se em muitos momentos de si mesmas. Torna-se fundamental refletir sobre a maneira como a mãe se sente em relação ao seu dia, pois se encontra agregado a outro ser, nesse caso, ao filho com necessidades especiais. Neste sentido como um *ser-no-mundo* essas mães vivenciam na sua cotidianidade a ocupação e escolhem ocupar o seu tempo com o cuidado ao filho. Segundo Heidegger (2013), o tempo que se tem ou não se tem é sempre tempo. Sendo assim, as mães-cuidadoras doam seu tempo para estar com o filho e ser com o filho, numa relação de cuidado. Os resultados também mostraram que as mães utilizam o “eu” querendo se referir a “nós”, é como se não fosse necessário dizer que realizam as atividades cotidianas com seus filhos, pois isso, para elas é natural, faz parte da sua cotidianidade. Desse modo, a criança passa a ser percebida pela mãe como extensão de sua corporeidade. Na perspectiva heideggeriana, “o *ser-com* determina existencialmente a presença mesmo quando um outro não é, de fato, dado ou percebido. Mesmo o estar só da presença é *ser-com* no mundo. Somente em um *ser-com* e para um *ser-com*, é que o outro pode faltar”. Neste sentido a interação entre mãe e filho, permite que a mãe, em muitos momentos, não se dá conta da presença do filho, percebendo-se como uma só pessoa, ou seja, vendo o filho como parte de sua corporeidade. A pesquisa demonstrou que essas mulheres/mães adotam uma maneira autêntica de cuidar, pois tornaram o filho com necessidades especiais o centro de ação de sua vida. Outro achado importante é o fato de que as mães temem a própria morte, e, por temerem o futuro de seus filhos, as participantes expressam a preocupação com a vida de seus filhos após deixarem de existir. A preocupação em relação ao futuro da criança faz com que a mãe dedique-se plenamente ao filho na tentativa de fornecer a ele o máximo de possibilidades existenciais para o desenvolvimento de todo seu *ser-capaz-de-fazer*, uma vez que temem a própria finitude. Neste sentido, Rosseló (2009) afirma que acompanhar alguém, é *ser-com-ele*, é estar-com-alguém, cuidar de alguém, é ajudar para que o outro seja, é promover o ser, proteger sua integridade e a unidade de seu ser. O cuidado só é possível como presença. Salienta-se que esse é um modo existencial de ser de acordo com o *modo-de-ser* daquele que nós é próximo, o *ser-no-mundo-com-o-outro* é vivenciar um modo-de-ser do cuidado (HEIDEGGER, 1981).

4. CONCLUSÕES

Considera-se que as mulheres desse estudo, ao tornarem-se mãe de uma criança com necessidades especiais, colocaram em segundo plano todos os papéis que desempenhavam inclusive o de ser mulher, para assumir, quase que exclusivamente, o papel de ser mãe de uma criança com necessidades especiais decorrentes da paralisia cerebral. Ao estar com o outro é que se torna possível o cuidar do outro. O filho é uma presença constante no mundo destas mães cuidadoras, pois estas mães vivem para e pelos filhos, tornando-os o centro de atenção de suas vidas, ao ponto de percebê-lo como parte da sua corporeidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 8ª ed. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis, Vozes, 2013.

_____. **Todos Nós. Ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes, 1981.

MILBRATH, V. M. **Criança/adolescente com paralisia cerebral: compreensões do seu modo de ser no mundo**. 2013. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA, A. R. P. F.; MATSUE, R. Y.; VIEIRA, L. J. E. S.; PEREIRA, R. V. S. Análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral. **Saúde e Sociedade**. [online], v. 23, n. 2, p. 616-625, 2014.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

RICOUER, P. **O conflito das interpretações**: ensaios de hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

RIBEIRO, M.F.M; VANDENBERGHE, L; PRUDENTE, C.O.M., et al. *Cerebral Palsy: how the child's age and severity of impairment affect the mother's stress and coping strategies*. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3203-212, 2016.

SIMÕES, C.C; SILVA, L; SANTOS, M.R.; et al. A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 138-45, 2013.

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES COM HIV E AIDS SOBRE O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: REVISÃO INTEGRATIVA

ÉMILEN VIEIRA SIMÕES¹; CAMILA DAIANE SILVA²; SIBELE DA ROCHA
MARTINS³

¹Universidade Federal do Rio Grande – emi-dp@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande – camilad.silva@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande – sibelemartins@furg.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A população afetada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se modificou ao longo dos anos, no início se associava ao estilo de vida dos homossexuais masculinos, às práticas dos profissionais do sexo e aos usuários de drogas injetáveis. Hoje, evidencia-se no Brasil contínuas transformações como a heterossexualização, a feminização, bem como os adolescentes, sendo essa a parte mais acometida da população. (NADAL; MANZIONE, 2003; MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

Cerca de 35 milhões de pessoas vivem com HIV mundialmente, cinco milhões são jovens (OMS, 2016). No Brasil, em 2014 havia em média de 734.000 pessoas com HIV, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2015 de 9.419 casos notificados, 24,6% é entre 10 e 24 anos de idade.

Dessa forma, faz-se necessário identificar a produção científica da enfermagem sobre o viver dos adolescentes e jovens, para aprimorar as práticas profissionais. Este trabalho tem como objetivo identificar a produção científica acerca da percepção dos adolescentes e jovens, que vivem HIV e AIDS, sobre o tratamento medicamentoso.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) que é um método de analisar os resultados das pesquisas primárias de maneira criteriosa e sistemática, auxiliando o pesquisador nas tomadas de decisões e no planejamento da prática de cuidados de enfermagem (COOPER, 1989; ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Realizou-se em agosto de 2016 as buscas nas bases de dados LILACS, PUBMED e no portal de dados SCIELO. Utilizou-se os descritores adolescente, adulto jovem, vírus da imunodeficiência humana, síndrome de imunodeficiência adquirida e enfermagem.

Os critérios de inclusão adotados: artigos de pesquisas primárias na íntegra e disponíveis online, de acesso livre, que abordem a temática do estudo, apresentação de resumo, nos idiomas português, espanhol e inglês, um autor enfermeiro, publicados no período de 2006 a 2015. Foram excluídos os estudos referentes a resumos de congressos, teses e dissertações. Estudos repetidos foram computados apenas uma vez.

Foram selecionadas nove produções, sendo duas em 2015, cinco no ano de 2013, uma em 2008 e 2012. Para análise e interpretação dos dados a metodologia utilizada foi a proposta por Minayo (2009).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verifica-se que os adolescentes/jovens dependem de um responsável para fazer a adequada terapia e lembrar das consultas, sendo a mãe a principal auxiliadora (BUBADUÉ, et al., 2013; PAULA; CABRAL; SOUZA, 2013). Com a ajuda do cuidador, formulam estratégias de controle diário para não esquecer do medicamento (SEHNEM, et al., 2013). Por ser uma fase que mistura o lado criança e a exigência de adquirir responsabilidades, algumas vezes não ingerem a medicação e escondem essa falha. No entanto, em um estudo foi possível observar que quanto maior o tempo de uso de uma mesma terapia mais informações os adolescentes possuem sobre os medicamentos e o horário de cada um (PAULA; CABRAL; SOUZA, 2008).

Pode-se identificar que os adolescentes sentem desconforto com o tratamento, pois os comprimidos causam efeitos colaterais como mal estar e enjoos, bem como odor e paladar desagradável. Outros fatores da terapêutica é a quantidade, o tamanho e a frequência dos horários dos medicamentos (MOTTA, et al., 2013). Parte desses adolescentes sofrem readaptações ou até mesmo interrupções durante o tratamento (PAULA, et al., 2013; PAULA, et al., 2012). Resultado alarmante foi encontrado em duas pesquisas, nas quais a influência da cultura familiar não assentia o tratamento. Esse modo de pesar dos familiares só pode ser modificado com orientações e aconselhamentos dos profissionais (BUBADUÉ, et al., 2013).

Ainda, os adolescentes e jovens têm receios de ingerir os comprimidos na frente dos amigos, preferem adaptar o horário que estejam em casa e não na escola, este fato pode interferir no convívio com os grupos de amizades, pois deixam de frequentar a casa dos amigos devido seu compromisso com o horário das medicações (MOTTA, et al., 2013). Com isso os jovens manifestam o desejo não precisar realizar o tratamento (RIBEIRO, et al., 2015). Estudo expõe que o jovem que faz o tratamento medicamentoso tem melhor saúde física e mental (MBALINDA, et al., 2015).

Mavhu et al. (2013) corrobora com os achados destacando que os adolescentes não aderem de forma total a terapia medicamentosa, sendo frequente a falta de dose diárias, semanais e até mensais. Para estes mesmos autores o ocultamento do outro, a morbidade psicológica desencadeada pela depressão, a falta de estratégias para auxiliar a lembrar do medicamento e a ausência de um adulto para assessorar o tratamento são fatores que dificultariam a adesão. Vaz (2010) descreve que a comunicação entre pais e filhos é um fator importante, auxiliando na adesão medicamentosa, pois muitos pais incorporam a sua condição sorológica em seus conselhos sobre a importância de fazer o uso dos medicamentos.

Para Martin et al. (2007) os adolescentes têm maior dificuldade em aderir a terapia medicamentosa devido aos questionamentos e sentimentos que surgem. A cronicidade da doença torna-se fator determinante para a resistência de fazer uso da medicação, juntamente com a quântia medicamentosa e as transformações na fase do desenvolvimento da

adolescência o que dificulta a relação do adolescente com o tratamento (RIBEIRO et al., 2010).

4. CONCLUSÕES

A partir da revisão integrativa foi possível constatar que os adolescentes têm dificuldade na adesão medicamentosa correta, para tanto é necessário evidenciar que o vírus é tratável, a importância da terapia medicamentosa e o acompanhamento especializado. A enfermagem tem o papel importante para encorajar os adolescentes, fazendo com que se sintam apoiados durante o tratamento, fortalecendo o vínculo profissional-paciente.

Conclui-se que a RI auxilia no processo de trabalho da enfermagem com essa população, pois, o embasamento científico colabora no manejo das situações vivenciadas na prática, e ajuda nas soluções para fortalecer o empoderamento e a responsabilidade do adolescente jovem. Espera-se, a partir das evidências científicas encontradas na literatura, auxiliar os profissionais enfermeiros na implementação de estratégias para melhor orientar e acompanhar os adolescentes e jovens no seu crescimento e desenvolvimento após o diagnóstico do vírus e a melhorar a adaptação com a terapia medicamentosa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COOPER, H.M. Integrating research: A guide for literature reviews. **Sage Publications**, Inc, 1989.

MAIA, C; GUILHEM, D; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública**. v.42, n.2. 2008.

MAVHU, W. et al. Enhancing psychosocial support for HIV positive adolescents in Harare, Zimbabwe. **PLoS One**, v. 8, n. 7, e70254, p. 01-9, 2013.

MARTIN, S. M. et al. Patient, caregiver and regimen characteristics associated with adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected children and adolescents. **The Pediatric Infectious Disease Journal**. v. 26, n. 1, p. 61-7, 2007.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis. RJ. Vozes. 2009.

NADAL, S. R; MANZIONE, C. R. Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas. **Rev bras Coloproct**. v. 23, n. 2, 2003.

OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. El VIH y los jóvenes. 2016a. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es/> Acesso em: 10 de maio de 2016.

RIBEIRO, A. C. et al. Teens who may become infected with HIV and adolescents who have SIDA: narrative review. **Rev. enferm. UFPE on line**. v. 4, p. 237-43, 2010.

VAZ, L. M. E et al. Telling children they have HIV: lessons learned from findings of a qualitative study in sub-Saharan Africa. **AIDS patient care and STDs**, v. 24, n. 4, p. 247-256, 2010.

DESTAQUES EIXO 2

CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE O CAPSAD E O SERVIÇO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS E TUBERCULOSE

ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS¹; LEANDRO BARBOSA DE PINHO²;
ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO³; TALITA PORTELA CASSOLA⁴; DÉBORA
SCHLOTEFELDT SINIAK⁵; ALINE BASSO DA SILVA⁶.

¹Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – elitiele_ortiz@hotmail.com

²Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS – lbpinho@uol.com.br

³Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS –
adrianeeslabao@hotmail.com

⁴Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS –
talita_cassola@hotmail.com

⁵Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS – deborasiniak@gmail.com

⁶Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS –
aline_basso@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Os usuários de drogas, de maneira geral, apresentam risco ampliado de contrair agravos infecciosos, uma vez que grande parte dessa população apresenta diversos comportamentos de risco e estão habitualmente inseridos em contextos pauperizados, violentos, carentes de infraestrutura (BASTOS; BERTONI, 2014).

Estudos recentes no Brasil apontam que a prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre usuários de crack e/ou similares é de aproximadamente oito vezes a prevalência estimada para a população geral (BASTOS; BERTONI, 2014). Além disso, o consumo de álcool, crack e outras drogas interferem na adesão e continuidade de tratamentos prolongados como o da tuberculose (COUTO et al., 2014).

Tais especificidades clínicas e sociais extrapolam a atuação isolada dos serviços, evidenciando a necessidade de articulações em rede com maior comunicação entre os serviços de saúde e saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPSad), é um serviço especializado para atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas com a proposta de ser o principal articulador da rede, desenvolvendo as conexões com outros serviços de acordo com as necessidades dos usuários e famílias, entre eles o serviço especializado em HIV/AIDS e Tuberculose.

Numa concepção de cuidado compartilhado, essa parceria se mostra fundamental e urgente, dada a necessidade de redirecionar estratégias para o usuário de drogas que possam ir além do uso de substância, mas envolver primordialmente questões sociais e de saúde relacionados também às doenças infecciosas. Diante disso, o estudo tem por objetivo conhecer a relação estabelecida entre o CAPSad e o serviço especializado de HIV/AIDS e Tuberculose de um município do Estado do Rio Grande do Sul.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da pesquisa “Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para o atendimento a usuários de crack” (ViaREDE), realizada em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS.

O referido estudo utilizou uma abordagem avaliativa e qualitativa, baseada na Avaliação de Quarta Geração, que se caracteriza como uma avaliação construtivista e responsiva, com o foco na avaliação das necessidades dos grupos de interesse (GUBA; LINCOLN, 2011).

A coleta de dados foi realizada em 2013 através de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. A observação foi registrada em diário de campo, totalizando 189 horas. As entrevistas foram orientadas pelo círculo hermenêutico-dialético e aplicadas a 10 usuários em tratamento no CAPSad, em função do uso de crack; a 11 familiares; 8 profissionais do CAPSad e 7 gestores do Colegiado de Saúde Mental do município.

O Método Comparativo Constante foi usado na análise dos dados. Ele preconiza que a coleta de dados e a análise são processos paralelos, um direcionado ao outro (GUBA; LINCOLN, 2011). Os resultados foram classificados em categorias temáticas, sendo que uma delas referiu-se à articulação da rede. Dentro dessa categoria, emergiu na fala dos trabalhadores do CAPSad a articulação do CAPSad com o serviço especializado em HIV/AIDS e Tuberculose, objeto deste estudo.

Os aspectos éticos foram assegurados conforme a Resolução nº. 466/2012. A pesquisa ViaREDE foi aprovada pelo Comitê de Ética/ UFRGS, sob nº16740.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A articulação do CAPSad com o serviço especializado HIV/AIDS e tuberculose foi identificada como uma parceria inovadora para garantir a prevenção, o acesso e a manutenção do tratamento para HIV/AIDS e Tuberculose aos usuários de drogas que fazem acompanhamento no serviço de saúde mental e vice-versa.

Para os trabalhadores, essa articulação também se mostra fundamental na medida que há semelhança no tipo de trabalho, ou seja, ambos serviços acolhem usuários em situações complicadas, não só relacionados a patologia clínica, mas também pelas dificuldades sociais e na família. Nesse sentido, a parceria cria “pontes” de comunicação a respeito do usuário, seus aspectos clínicos e sociais e com isso, otimiza as estratégias de intervenção. Uma das ações já desenvolvidas pelo CAPSad é a coleta de escarro e, pretende-se avançar para que o serviço também administre as medicações.

A articulação entre esses serviços ainda precisa melhorar, mas já tem se mostrado mais efetiva do que com a Atenção Básica. Para isso, é necessário que sejam fortalecidos o espaço do fórum intersetorial de saúde mental, local em que essa parceria teve início, mas que precisa da frequência e participação ativa dos trabalhadores de ambos serviços.

A descentralização do cuidado em saúde é uma diretriz que objetiva diminuir as barreiras de acesso e tratamento em saúde. No entanto, muitas ações descentralizadas para a atenção básica enfrentam dificuldades e precisam ser reajustadas às necessidades das populações locais. No caso do

controle das doenças infectocontagiosas e o não abandono a tratamentos prologados as principais barreiras da atenção básica refere-se a dificuldade no estabelecimento de vínculos com os usuários, as barreiras no acolhimento, a compreensão do contexto sociocultural dos motivos que levaram ao abandono, e o desenvolvimento de estratégias para atrair esse público (SÁ et al., 2007; COUTO et. al, 2014).

Nessa perspectiva, compreende-se que o trabalho realizado pelo CAPSad, por sua aproximação e vínculo com os usuários e familiares, pode ser fundamental para garantir a continuidade e o término do tratamento da tuberculose e também das doenças sexualmente transmissíveis. Não se trata de centralizar o cuidado destas doenças no CAPS, mas articular esforços para concluir tratamentos que requerem continuidade e compromisso. Diante disso, considera-se na construção do Plano Terapêutico Singular mais uma possibilidade ampliada das intervenções em saúde mental com a incorporação de outras estratégias de prevenção e redução de agravos clínicos, além da garantia de direitos em saúde e uma melhor qualidade de vida dos usuários de drogas.

4. CONCLUSÕES

A articulação entre o CAPSad e o serviço especializado HIV/AIDS e Tuberculose é identificada como uma ferramenta que diminui as barreiras de acesso e adesão ao usuário drogas aos cuidados em saúde. O fortalecimento dessa parceria precisa ser amadurecida nos espaços coletivos de construção da política pública municipal com envolvimento da atenção básica, o consultório na rua, e o redução de danos afim de que também sejam fortalecidas estratégias de acesso e adesão ao tratamento a usuários de drogas com HIV/AIDS e Tuberculose que não são acompanhados pelo CAPSad.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

COUTO, D. S. et al. **Avaliação de quarta geração.** São Paulo: Unicamp, 2011.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p.712- 718, 2007.

GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DIMENSÃO TECNOLÓGICA NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA

**AURÉLIA DANDA SAMPAIO¹; ADRIANE CALVETTI DE MEDEIROS²; HEDI
CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA³; GUSTAVO BAADE DE ANDRADE⁴; MARA
REGINA BERGMANN THUROW⁵; VANESSA SOARES MENDES PEDROSO⁶**

¹Faculdade Anhanguera Pelotas – e-mail aurelia.sampaio@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – e-mail adrianecalvetti@gmail.com

³Universidade Federal de Rio Grande – e-mail hedihsiqueira@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande – e-mail marathurow@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande – e-mail gustavobaade17@gmail.com

⁶universidade Federal do Rio Grande – e-mail vanessasoaresmendes@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A compreensão do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como um todo, exige dos profissionais de enfermagem uma prática competente, consciente e responsável como possibilidade de congregar novas tecnologias, visando o bem-estar, o uso racional dos recursos tecnológicos, a qualidade de vida do ser humano e da coletividade, a busca do equilíbrio/sustentabilidade de todos os elementos participantes dessa totalidade (MEDEIROS et al., 2016).

Desta forma, a tecnologia não pode ser vista apenas como um produto, mas como um processo, que consiste em conhecimentos e instrumentos interligados e complementares entre si, possibilitando contribuições diretas na qualidade, efetividade e segurança do cuidado de enfermagem. Como um processo envolve diferentes saberes, habilidades, técnicas, recursos físicos, materiais e humanos, entre outros, com o objetivo de aumentar a eficiência do fazer nas mais variadas esferas (NETO; RODRIGUES, 2010; SALVADOR et al., 2012).

Nesta perspectiva, o constructo ecossistêmico pode ser apreendido como um espaço/ambiente formado de organismos/elementos – bióticos/sociais e abióticos/físicos, cujos componentes são interdependentes, interagem entre si e influenciam-se mutuamente (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009). A dimensão ecossistêmica, remete à ideia de um conjunto de sistemas, cada um com seu aspecto de totalidade, interagindo numa rede dinâmica de inter-relações, cooperação, circularidade, influências mútuas, entre outros princípios capazes de manter o seu equilíbrio dinâmico e auto-organização (CAPRA; LUISI, 2014; PRIGOGINE, 2011). Sob o olhar ecossistêmico, o ser humano é um dos elementos que integra este sistema interativo/relacional no espaço/ambiente da UTI.

Com base nestas questões, o presente estudo tem como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão tecnológica na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva ecossistêmica.

2. METODOLOGIA

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde, em relação a UTI, teve por finalidade identificar a existência de princípios teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão: Ser documento/arquivo oficial do MS no período de 1998 a 2013; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *online* na Rede Mundial de computadores.

Na composição deste estudo, como recorte da Tese, foi utilizado o Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente (BRASIL, 2010). A identificação do fragmento, foi identificado pelo código da letra D - que representa o documento, e o número arábico 6, que segue a letra, identifica a ordem cronológica do documento analisado.

A análise documental, foi abordada em três etapas: Primeira etapa – análise crítica do documento, sobre a qual fundamenta-se as cinco dimensões descritas por Cellard (2008) - 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos; 3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª Dimensão – Natureza do texto; 5ª Dimensão - Conceitos-chave e a lógica interna do texto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com ênfase na dimensão tecnológica se configura em diversas formas de aplicação do conhecimento à resolução e/ou redução dos problemas de saúde dos usuários, à medida em que estes necessitam de condições de atendimento adequado às demandas do processo saúde-doença-cuidado, conforme um dos pontos evidenciados no documento:

Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis (D6).

Para tanto, na organização do trabalho dos enfermeiros na UTI, é necessário contemplar a racionalização dos recursos tecnológicos e a implantação de diferentes iniciativas de qualidade e segurança, que precisam estar articuladas às políticas públicas aptas a redimensionar as ações de enfermagem e/ou mesmo solucionar problemas que emergem durante o processo de trabalho.

Nesse sentido, a gestão no cuidado de enfermagem na UTI tem como desafio, conforme identificado nos fragmentos:

Buscar a instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos (D6).

Orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde (D6).

Maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade (D6).

Dessa forma, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e sua inter-relação com a dimensão tecnológica é capaz de subsidiar o planejamento do cuidado, implementar intervenções adequadas e, por fim, avaliar os resultados obtidos. Para tanto, conforme os fragmentos, é necessário:

Promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde (D6).

Utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão (D6).

Assim, entende-se que a tecnologia em enfermagem, como resultado do processo assistencial, envolve um conjunto de ações, que tem como finalidade suprir as necessidades dos usuários nos cuidados em saúde. Dessa forma, considera-se que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI possibilita o planejamento e a tomada de decisão, no uso e aplicação dessas tecnologias, em favor da eficiência, racionalidade e melhoria da qualidade do cuidado. Além disso, a tecnologia interativa e relacional possibilita a criação de novas formas de cuidar, utilizando-se da intencionalidade, criatividade, sensibilidade e humanização das práticas.

4. CONCLUSÕES

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, essas tecnologias integram as ações/atividades do cuidado, relacionadas às interações entre os profissionais da saúde, o usuário e familiares, expressas por meio das relações interpessoais. Assim, é emergente considerar que o modelo biomédico/cartesiano já não alcança acolher as necessidades do usuário e que é preciso vê-lo na sua totalidade, de forma solidária, convergindo todos os esforços para o alcance de resultados à produção em saúde. Na perspectiva ecossistêmica é possível entender que as tecnologias são relacionais e dinâmicas, necessitando preservar os elementos éticos, sensíveis e solidários, com forte potencial para transformação das práticas em enfermagem/saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC/ANVISA nº 7** de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2011.

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

MEDEIROS, A. C. Et al. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016.

NETO, J.A.S.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto contexto - enferm.**, v. 19, p. 372-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017

PRIGOGINE I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: UNESP; 2011.

SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.30, n.4, p. 750-754, dez. 2009.

**GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE: RELATO DA
TRAJETÓRIA DE TRABALHO**

GUILHERME MOCELIN¹; ARIANE DOS SANTOS HOPPE²; MARIA
CAROLINA MAGEDANZ³; LENI DIAS WEIGELT⁴; SUZANE BEATRIZ FRANTZ
KRUG⁵

¹Universidade de Santa Cruz do Sul – mocelinguilherme@gmail.com

²Universidade de Santa Cruz do Sul – arianehoppe@hotmail.com

³Universidade de Santa Cruz do Sul – carolmagedanz@gmail.com

⁴Universidade de Santa Cruz do Sul – lenid@unisc.br

⁵Universidade de Santa Cruz do Sul – skrug@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Os grupos de pesquisa caracterizam-se como espaços estratégicos e de significativa importância para a inserção da universidade na realidade social, haja vista que, através da produção do conhecimento científico e tecnológico desenvolvido pelos mesmos, torna-se possível o reconhecimento de demandas dessa realidade. Destaca-se que sua formação contempla pesquisadores, estudantes e pessoal técnico-administrativo, organizados a fim de consolidar a produção do conhecimento na linha de pesquisa escolhida, e que traduza, através dos projetos e divulgação dos resultados obtidos, uma efetiva integração entre universidade e comunidade (KRUG et al., 2011). O presente estudo tem como objetivo relatar a trajetória de trabalho do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde em seus projetos de pesquisas desenvolvidos.

2. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência acerca da trajetória de trabalho desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) em seus projetos de pesquisas nos últimos anos. O GEPS foi criado em 2007 e, desde lá, desenvolve suas atividades na linha de pesquisa em Saúde Coletiva, tendo como missão organizar conhecimentos em saúde, aglutinando temas para estudos científicos fundamentados em tradição investigativa, de onde se originam artigos, produções bibliográficas, programas e projetos. As propostas de pesquisa do grupo norteiam-se por investigações que abrangem a atenção à saúde e os serviços da rede pública, na perspectiva da gestão do trabalho, do processo de trabalho em saúde, políticas públicas e participação comunitária em saúde. O grupo é composto por docentes do Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC e estudantes de cursos de graduação da área da saúde e de pós-graduação da universidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos desenvolvidos pelo GEPS adotam, de forma permanente, uma abordagem de complementaridade e continuidade em sua trajetória investigativa científica, além de apresentarem dimensão regional/estadual, envolvendo os 13 municípios situados na 28ª Região de Saúde - RS. O grupo

intenciona partilhar e construir coletivamente saberes para um propósito maior: a transformação da sociedade e aprimoramento do conhecimento em saúde e enfermagem. Além disso, desde sua criação, os projetos desenvolvidos pelo GEPS são construídos a partir das necessidades e demandas da comunidade, contemplando os princípios da UNISC como universidade comunitária.

Nesse contexto, para a construção e desenvolvimento das pesquisas, o GEPS conta com a parceria da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS, das Secretarias Municipais de Saúde dos 13 municípios, gestores, profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde da região e com a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES). A CIES é a instância de articulação regional interinstitucional que, juntamente com a Comissão Intergestora Regional (CIR), conduz a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM nº1. 996/2007), proporcionando o diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Instituições de Ensino (IE). Essa articulação proporciona, além de mudanças estruturais, mudanças na imagem do sistema de saúde e na sua operacionalidade (BRASIL, 2007). Dessa forma, a CIES da 28ª Região de Saúde - RS é integrada pelos gestores municipais de saúde, profissionais de saúde e por docentes e alunos da UNISC, incluindo integrantes do GEPS. Esse espaço possibilita a troca de saberes e a discussão de demandas que carecem atenção nos municípios da região, tornando-os objetos de pesquisa pelo grupo. A participação do GEPS na CIES fortalece a comunicação e a construção de projetos em conjunto com gestores e profissionais de saúde dos 13 municípios da região.

Nos últimos anos, destaca-se o desenvolvimento de quatro pesquisas pelo grupo, sendo duas finalizadas em 2015, intituladas como “O processo de gestão do trabalho e de educação permanente em saúde dos trabalhadores que atuam no SUS no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS” e “Sofrimento no trabalho de agentes comunitários de saúde: um estudo nos municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS”. A primeira trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo que teve como objetivo investigar a realidade dos processos de gestão do trabalho e de educação permanente em saúde dos trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde, no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e contou com 300 trabalhadores atuantes no SUS como sujeitos do estudo. A segunda caracteriza-se como um estudo de abordagem quantitativa-qualitativa que objetivou investigar os fatores que contribuem para o sofrimento no trabalho, na perspectiva da construção social do adoecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a partir do processo de trabalho desenvolvido nos serviços, e teve como sujeitos 251 ACS. Os dados obtidos através dessas pesquisas foram devolvidos para a comunidade, profissionais e gestores de saúde, através de eventos regionais e reuniões organizados com o intuito de expor os resultados e relatar as vivências no desenvolvimento das mesmas. Atualmente, estão sendo desenvolvidas duas pesquisas que encontram-se na fase de análise dos dados: “Aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): olhar avaliativo dos profissionais de saúde” e “Práticas democráticas participativas na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde em municípios do sul do Brasil”.

4. CONCLUSÕES

Salienta-se a importância da construção do conhecimento científico baseado na discussão e na troca de experiências entre universidade e comunidade. Nesse sentido, é oportuno destacar que a trajetória de trabalho do GEPS nas pesquisas desenvolvidas é baseada em uma construção coletiva entre esses dois espaços. Além disso, a devolução dos resultados obtidos através dos estudos realizados pelo grupo proporciona à sociedade visualizar caminhos que carecem de atenção e de aprimoramento no campo da saúde.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

KRUG, S. B. F. et al. Construindo caminhos, relatando vivências: a trajetória do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 818-824, 2011.

ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM UM ESTUDO SOBRE CÂNCER COLORRETAL

RAQUEL CAGLIARI¹; MICHELE CRISTIENE NACHTIGALL BARBOZA²

¹Universidade Federal de Pelotas – cagliariraquel01@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – michelenachtigall@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a pesquisa qualitativa vive um período de crescimento, pois analisa o meio social e mostra como as pessoas constroem o mundo em sua volta (GIBBS, 2009). Neste contexto, a utilização da entrevista contribui neste método de estudo ao buscar interpretar os significados de natureza psicológica e socioeconômica da população investigada (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Como a técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa, a entrevista em profundidade é a forma de entender os sentidos nas falas, buscando a expressividade do grupo a ser estudado (SILVA, 2005). Segundo Bernardo (2011), a entrevista em profundidade serve para conseguir entrar no mundo pessoal do entrevistado, sem troca formal de perguntas e respostas, a partir de um roteiro pré-estabelecido, onde a criatividade deve tomar conta para a elaboração de mais perguntas, e assim por diante.

Deste modo, ao pensar em pesquisa qualitativa em saúde, a entrevista em profundidade foi utilizada em um estudo com pessoas portadoras de câncer de intestino, uma das neoplasias mais comuns do ocidente, estando entre os dez tipos de câncer mais frequentes no Brasil, com mais de 34.000 novos casos no ano de 2016 (INCA, 2017). O câncer de intestino é uma doença que pode ser prevenida, pois quase sempre se desenvolve a partir de pólipos, que são lesões benignas que crescem na parede do intestino. Os principais sintomas são mudanças no hábito intestinal, sangue nas fezes, vontade frequente de ir ao banheiro e desconforto abdominal, que podem ser prevenidos mediante atividade física regular, dieta rica em fibras e realização de exames anuais a partir dos 50 anos (BRASIL, 2007).

Neste pensar, o trabalho tem como objetivo apresentar o relato de experiência acadêmica, em participar da coleta de dados de uma tese de doutorado, a qual utilizou a técnica de entrevista em profundidade, com pessoas com câncer de intestino e seus familiares.

2. METODOLOGIA

Participaram do estudo onze pessoas com diagnóstico inferior a um ano de câncer de intestino e estomizados, bem como seus familiares. Os participantes foram submetidos a uma entrevista com perguntas pré-estabelecidas, e uma segunda entrevista, que foram sanadas dúvidas pendentes na primeira entrevista. Esta segunda entrevista também teve como finalidade tornar-se mais próximo enquanto entrevistador para assim obter mais informações ainda não ditas em um contato inicial. Utilizou-se de um roteiro

com perguntas pré-estabelecidas para a realização das entrevistas, sendo estas gravadas, na perspectiva que não perder informações.

Das onze pessoas entrevistadas, foram acompanhadas três entrevistas, duas do mesmo participante, com duração de aproximadamente uma hora cada e a segunda entrevista de outro participante, com aproximadamente duas horas de duração. Além do acompanhamento, foram transcritas seis das vinte e duas entrevistas realizadas, encontrando certa dificuldade no entendimento, devido ruídos externos ou inexperiência dos estudantes.

Foram acompanhados no total quatro participantes, dois mediante a entrevista e transcrição, e dois apenas por transcrição.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio da entrevista em profundidade, as pessoas conseguiram expor o significado e experiência vivenciada pela doença, estimulando o surgimento de novas perguntas com outros participantes, e assim podendo explorar outro lado da doença, não apenas o clínico, mas também a visão do ressignificado da vida para elas e suas famílias.

Observou-se que esta técnica de coleta de dados, por ser um método não-estrutural e informal, permite que o entrevistado mantenha uma relação de confiança com o entrevistador, sentindo-se à vontade para expor conflitos familiares surgidos após o diagnóstico do câncer. Do mesmo modo, fez com que as pessoas e familiares se aproximassem e utilizassem da pesquisa como forma de mostrar seus sentimentos sobre o câncer, às vezes, velado entre família.

A entrevista em profundidade proporcionou as pessoas doentes e seus familiares, expressarem suas diferentes experiências durante nas fases da doença, como seus sintomas iniciais até a descoberta da doença, necessidade de enfrentar a realização de uma cirurgia, juntamente ao tratamento agressivo com quimioterapia e radioterapia e os sentimentos voltados a estomia. Ademais, pode-se evidenciar as angústias e medos, o apoio dos familiares, bem como as mudanças na vida após o diagnóstico.

4. CONCLUSÃO

A experiência com a entrevista em profundidade foi um importante passo para a introdução no mundo da pesquisa. Acredito que o vínculo criado com os entrevistados é o diferencial desse método de pesquisa, por torná-la ainda mais agradável de ser desenvolvida.

Esta técnica de coleta de dados permitiu a possibilidade de complementar informações de uma forma menos dura e estruturada no universo da pesquisa qualitativa e que utiliza da criatividade do entrevistador para instigar o participante a fornecer informações necessárias para a atingir os objetivos do estudo. A transcrição é importante por mostrar detalhadamente as informações fornecidas durante a entrevista, entretanto seu complicador é o tempo exigido para construí-las.

Ao trabalhar com esse método, pode-se entrar na vida das pessoas, sua rotina, seus medos, angustias e alegrias. Ademais, pode-se refletir sobre a vida em meio ao câncer de intestino e a estomia, estando ela não somente

permeada de sentimentos ruins e sim de agradecimento por ainda estar vivo, evidenciando o ressignificado da vida após o câncer.

5. REFERÊNCIAS

BERNARDO, R. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. **Revista Cuicuilco**, Cuicuilco – México, v. 18, n. 52, p. 39-49, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. **Câncer de Intestino**. Brasília. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/135cancer_intestino.html>.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**: Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: ARTMED. 183 p. 2009.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer Colorretal**. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao+>>>.

LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, 2008.

SILVA, A.L. Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 71, 2005.

PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL PARA INTEGRAR A ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

LAURA FERREIRA CORTES¹; STELA MARIS DE MELLO PADOIN²

¹Faculdade Integrada de Santa Maria – lferreiracortes@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Maria – stelamaris_padoin@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A complexidade e multifatorialidade da violência contra as mulheres (VCM) apontam para o desenvolvimento de estratégias integradas de trabalho. A atenção em rede é preconizada pela Política Nacional de Enfrentamento à VCM (BRASIL, 2011). No entanto, muitas dificuldades ainda persistem em relação à qualidade da assistência oferecida em cada serviço e à articulação desses entre si (SCHRAIBER et al, 2012; ARBOIT et al., 2017). Partindo dessa problemática, este trabalho objetiva relatar a experiência na condução de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) realizada para integrar a atenção às mulheres em situação de violência.

O estudo desenvolvido com a PCA foi denominado pesquisa de referência, e teve como propósito principal construir coletivamente instrumentos para viabilizar a articulação comunicativa entre profissionais de serviços de atenção às mulheres em situação de violência para a construção do trabalho em rede (CORTES, 2017). A PCA foi eleita como referencial metodológico devido à possibilidade de desenvolver ações conjuntas de pesquisa e assistência de modo a direcionar para a minimização de problemas e ou introdução de inovações nas práticas de saúde.

A PCA é um método de pesquisa da Área da Enfermagem e Saúde em franca expansão no Brasil (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017). Sua essência está ligada à inserção do/a pesquisador/a no campo, participando de alguma forma da prática assistencial e envolvendo-se diretamente com o método de investigação; implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo ao mesmo tempo em que existem ganhos com o acesso franco às informações procedentes desse contexto (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). O fenômeno de entrelaçamento das ações assistenciais de pesquisa é chamado de convergência, configurando-se uma “dança”, caracterizada por movimentos de aproximação e afastamento que culminam em pontos de articulação, os espaços de superposição, que possibilitam a transformação das práticas e a introdução de novas tecnologias (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017). Essas características justificam a escolha do método no estudo.

2. METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa convergente assistencial realizada com 32 profissionais do Grupo Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS (GTIEV), composto por profissionais de saúde, assistência social e segurança pública, cuja finalidade é a integração e articulação dos serviços. Critério de inclusão: ser profissional ou acadêmico/a e participar do GTIEV e, exclusão: estar ausente do trabalho por férias ou em licença de qualquer

natureza, no período do estudo. Foram realizados 10 encontros, de março a julho de 2015, em Santa Maria, RS, Brasil, os quais foram desenvolvidos tomando-se como referência a Metodologia da Problematização (MP) e o Arco de Charles Maguerez, subsidiada pelo pensamento freiriano.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Maria, sob número 935.978; CAAE: 40350315.1.0000.5346. Os procedimentos éticos foram respeitados, conforme a Resolução Nº466/2012. Os dados foram submetidos à análise temática do conteúdo e construídas categorias empíricas. A teorização fundamentou-se nos preceitos da MP (BERBEL, 2012) e na literatura atual.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PCA é definida a partir de quatro componentes, contemplados na pesquisa de referência: 1) *imersão do pesquisador/a na prática*, onde se pesquisa a prática durante o exercício da própria prática, com a finalidade de conduzir a melhoria da mesma; 2) *expansibilidade*, caracterizada pela flexibilidade em ampliar o enfoque da PCA na produção de dados; 3) *simultaneidade*, a superposição da prática com a pesquisa; 4) *diálogo* ou interação de pesquisador/a com os participantes da pesquisa e demais envolvidos que irão contribuir com as mudanças elencadas (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

A *imersão da pesquisadora na prática* junto ao GTIEV possibilitou a troca de conhecimentos, o que subsidiou ações concretas de mudanças, como: a construção coletiva de dois instrumentos (fluxograma de atendimento e roteiro de comunicação) inovadores para minimizar o problema da desarticulação entre os serviços e, colaborar com a apropriação do grupo acerca da necessidade de implantá-los no município. Foram realizadas mobilizações e articulações entre os serviços e desenvolvida prática educativa, a partir das necessidades elencadas pelo grupo.

Exercitou-se a *expansibilidade* quando emergiu no grupo a necessidade de apropriação teórica sobre normas e legislações acerca do atendimento em situações de violência sexual e se criou uma comissão para discutir esses atendimentos, integrando a gestão hospitalar e a municipal. Manifestaram a necessidade de criação de um protocolo de atendimento para o serviço hospitalar, isso demonstrou que o movimento de *convergência* propiciou desdobramentos a serem “amarrados” a partir do estudo.

A *simultaneidade* significa que ações de assistência e de pesquisa preservam suas características singulares, mas se complementam (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). A simultaneidade consistiu em grande desafio, uma vez que houve momentos nos quais era difícil separar o assistir do pesquisar. A organização desse processo ocorreu a partir do cronograma de encontros para a produção de dados de pesquisa e momentos de prática assistencial (CORTES, PADOIN, ARBOIT, 2017).

As inovações introduzidas foram os dois instrumentos, o fluxograma e o roteiro de comunicação para serem utilizados pelos serviços, bem como o movimento de empoderamento exercitado conjuntamente pelo próprio grupo na articulação intersetorial. Esses recursos dispararam a minimização da desarticulação entre os serviços, com vistas a concretizar a continuidade do cuidado em rede de atenção às mulheres em situação de violência no

município em questão. A PCA possibilitou construções teóricas expressivas no cotidiano da situação pesquisada e a melhoria direta do contexto pesquisado, uma vez que foi conduzida numa relação de cooperação mútua (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Os temas originados versaram sobre as ações desenvolvidas pelas profissionais nos diferentes serviços; as potencialidades e dificuldades da prática para compor uma rede de atenção, bem como sobre o conteúdo do instrumento para estabelecer articulação comunicativa das ações com vistas à continuidade do atendimento em rede.

4. CONCLUSÕES

A PCA mostrou-se um método promissor para ser utilizado no contexto da pesquisa qualitativa, pois propicia investigação e ao mesmo tempo, ampliação e inovação do saber. Isso reforça que as práticas utilizadas nesse tipo de pesquisa são instrumentos importantes para as/os enfermeiras/os trabalharem com ou no o contexto de cuidar, em que todos participam, aprendem e ensinam de forma coletiva e simultânea em busca de caminhos de transformação da realidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBOIT, J. et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.51, n.e, p. 03-207, 2017.

BERBEL, N.A.N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez. Uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

CORTES, L. F. **Mulheres em situação de violência: construção coletiva de instrumentos para a articulação do atendimento em rede**. 2017. 225f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

CORTES, L.F; PADOIN, S.M.M.; ARBOIT, J. Rede de atendimento às mulheres em situação de violência: convergência da prática com a pesquisa. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. (Org.). **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial**. Porto Alegre: Moria, 2017. Cap. 8, p. 201-227.

SCHRAIBER, L.B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p. 237-54, 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.G.V. (Org.). **A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente Assistencial.** Porto Alegre: Moriá, 2017.

SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO EM UM CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

PEDRO GUILHERME PROPODOLSKI¹; FÁBIO SILVA DA ROSA²; JULIANA HARRES³

¹Estudante do curso de pós-graduação Enfermagem em Emergência – Instituto Educacional São Camilo; Enfermeiro no Hospital Santo Antônio (SC) – protetepedro@hotmail.com

²Professor na Faculdade FACTUM; Enfermeiro no Hospital Mãe de Deus (RS); – fabiorosa18@gmail.com

³Professor na Faculdade FACTUM; Enfermeiro no Hospital Mãe de Deus (RS); – julianaharres@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A simulação realística empregada no ensino e aprendizagem em Enfermagem é apresentada como um processo dinâmico que envolve a criação de oportunidades que incorporam uma representação autêntica da realidade, a fim de facilitar a conexão do estudante as complexidades da aprendizagem prática e teórica com a oportunidade de repetição, *feedback*, avaliação e reflexão (COSTA et al, 2016).

O desenvolvimento dos enfermeiros pode e deve acontecer ao longo de toda a vida, sendo uma forma de garantir a atualização científica e técnica e uma prestação de cuidados baseada em evidências científicas. Deve ainda contribuir para o desenvolvimento da perícia do enfermeiro nos diferentes domínios dos cuidados (científico, técnico, relacional e ético) (MAZZO; MARTINS, 2014).

A simulação no ensino de enfermagem com recurso a tecnologias mais avançadas de simuladores, de som e imagem, tornou-se numa realidade cada vez mais popular como ferramenta educacional (BAPTISTA; PEREIRA; MARTINS, 2014). Este método permite ao aluno uma formação construtiva, responsável por transformá-los em uma pessoa única que contribui para aquisição e habilidades psicomotoras de forma a estimular sua autoconfiança como premissa a evitar angústias, inexperiência e principalmente o medo de cometer um erro.

Assim a simulação realística é vista nas práticas de ensino como inovadora, sendo diferenciado dos métodos convencionais pela sua estreita relação com a qualidade de ensino. Este trabalho apresenta as práticas de simulação realística implantado no curso de Pós-graduação de Enfermagem em Emergência do Insituto Educacional São Camilo (RS) aplicados ao exercício do profissional do Enfermeiro para priorizar as práticas à beira do leito preparando-os com aprofundamento teórico prático para tomada de decisões dentro da realidade de saúde do nosso país.

A partir deste contexto esse estudo tem o objetivo apresentar os benefícios da simulação como metodologia de ensino no curso de Pós Graduação de Enfermagem em Emergência, ressaltando sua contribuição para a formação de profissionais mais qualificados, com capacidade cognitiva,

afetiva e psicomotora para traduzir em competências a construção do conhecimento frente às práticas inovadoras em educação/saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da reflexão do processo de utilização da simulação como metodologia de ensino no curso de Pós Graduação de Enfermagem em Emergência do Instituto Educacional São Camilo (RS). Na medida em que se encaminha na perspectiva de compartilhar experiências, este relato é um estudo descritivo da vivência de inserção e de construção de conhecimento concomitante ao levantamento teórico.

Modelo utilizado para estruturação deste ciclo de aprendizagem inicia com aula teórica sobre ventilação mecânica invasiva e os cuidados de enfermagem relacionados ao paciente com suporte ventilatório. Posteriormente os alunos participam de estações de simulação realística com ventilador mecânico associados a casos clínicos para que desenvolvam conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais, vinculados a: avaliação do paciente, raciocínio clínico, tomada de decisão e elaboração de um plano de cuidados e metas para intervenção interdisciplinar.

Após a realização das aulas de simulação pelas estações práticas os alunos são avaliados por meio de estudos de casos que apóiem os resultados esperados na fase de desenvolvimento do profissional. O *feedback* é dado de forma a favorecer o autoconhecimento e confiança para que desenvolvam com eficiência os primeiros cuidados em campo de estágio bem como em sua prática profissional.

Para a realização das simulações realísticas é utilizado cenários previamente organizados em salas de uma Instituição Hospitalar parceira do Instituto Educacional São Camilo, assim é possível a utilização de ventiladores mecânicos utilizados na prática profissional, o que torna o ambiente mais fidedigno com a realidade. Com um pulmão de teste utilizado para testar equipamento de ventilação, confeccionado em látex nos tamanhos 500ml adulto é possível simular modos, parâmetros e ajustes ventilatórios, assim como possíveis intercorrências para que o aluno possa atuar em um ambiente controlado sem riscos para os pacientes e alunos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A simulação se propõe replicar aspectos reais e essenciais em cenário de aprendizado com a conveniência de simular diversas situações possíveis, o que enriquece o processo de ensino-aprendizagem. O aprendiz tem a possibilidade de cometer erros, corrigi-los e aprender com eles, sem provocar danos ao paciente. (TEIXEIRA et al. 2011).

Existem vários estudos a demonstrar resultados positivos quando a simulação é utilizada na formação dos profissionais de saúde, principalmente quando é utilizada a simulação de alta-fidelidade (MAZZO; MARTINS, 2014). O desafio para os educadores é de preencher a lacuna entre o uso de simulação em laboratórios de aprendizagem e transferir esse conhecimento aplicando à prática clínica real. (TEIXEIRA et al, 2015).

Pelo exposto é possível inferir que na formação de pós-graduação de enfermeiros, a simulação pode desempenhar um importante papel, seja pelo contato com a tecnologia empregada no suporte ventilatório em pacientes críticos, seja pelo estímulo à resolução de problemas em situações novas e complexas que exigem elevados níveis de conhecimento e juízo clínico no ambiente de emergência onde a tomada de decisão é importante para o enfermeiro, seja pelo desenvolvimento da reflexão como estratégia para a melhoria contínua como aprimoramento da equipe e dos cuidados de enfermagem (MAZZO; MARTINS, 2014).

4. CONCLUSÕES

Desenvolver investigação deve ser uma preocupação dos docentes de enfermagem e das escolas. Os centros de simulação podem e devem ser espaços interessantes para desenvolver projetos investigação com elevado potencial de utilidade (MAZZO; MARTINS, 2014). Embora a simulação não deva ser um substituto para a experiência clínica direta, oferece aos estudantes oportunidades para a aprendizagem experiencial com adaptações específicas, feitas para estilos e necessidades únicas de aprendizagem (TEIXEIRA et al, 2015).

A simulação nos processos de ensino-aprendizagem é uma prática reflexiva que vem ao encontro de processos assistenciais complexos de um serviço de Urgência e Emergência. Estimular a construção do conhecimento e saberes para dar conta das qualidades e limites de sua prática assim o aprendizado não se torna reprodução da realidade já vivenciada, mas ser capaz de elaborar uma representação pessoal sobre esta e seus conteúdos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, R.C.N.; PEREIRA, M.F.C.R.; MARTINS, J.C.A. Simulação no Ensino de Graduação em Enfermagem: evidências científicas. In: MARTINS, J.C.A.; MAZZO, A.; MENDES, I.A.C.; RODRIGUES, M.A. **A Simulação no Ensino de Enfermagem**. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Cap.4, p. 65- 81.

COSTA, R.R.O.; MEDEIROS, S.M.; VITOR, A.F.; LIRA, A.L.B.C.; MARTINS, J.C.A.; ARAÚJO, M.S. Tipos e finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem: revisão Integrativa da literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2016.

MAZZO, A.; MARTINS, J.C.A. Integração da Simulação no Currículo de Enfermagem na Pós-graduação. In: MARTINS, J.C.A.; MAZZO, A.; MENDES, I.A.C.; RODRIGUES, M.A. **A Simulação no Ensino de Enfermagem**. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Cap.7, p111- 124.

TEIXEIRA, C.R.S.; KUSUMOTA, L.; BRAGA, F.T.M.M.; GAIOSO, V.P.; SANTOS, C.B.; SILVA, V.L.S.; CARVALHO, E.C. O uso de simulador no ensino

de avaliação clínica em enfermagem. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis , v. 20, n. spe, 2011.

TEIXEIRA, C.R.S.; PEREIRA, M.C.A.; KUSUMOTA, L.; GAIOSO, V.P.; MELLO, C.L.; CARVALHO, E.C. Avaliação dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem com a simulação clínica. **Rev. Bras. Enferm.** vol.68 no.2 Brasília Mar./Apr. 2015.

A COMPREENSÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA

MARA REGINA BERGMANN THUROW¹; ADRIANE CALVETTI DE
MEDEIROS² HEDI CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA³; AURÉLIA DANDA
SAMPAIO⁴

¹Universidade Federal do Rio Grande – e-mail marathurow@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – e-mail adrianecalvetti@gmail.com

³Universidade Federal de Rio Grande – e-mail hedihsiqueira@gmail.com

⁴Faculdade Anhanguera Pelotas – e-mail aurelia.sampaio@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As ações e serviços de saúde (AS), ancoradas nas políticas públicas de prevenção, promoção e reabilitação, sinalizam transformações que possibilitam cooperação, integração e a inter-relação entre os serviços de saúde permitindo a interconexão necessária para a totalidade e integralidade do cuidado ao usuário em seus ciclos de vida. Esta visão de totalidade e organização com suas redes de interconexões, interações dinâmicas, complexas e mútuas é percebida como um novo modelo de sistema em saúde, no qual os seus elementos constituintes interagem entre si e se influenciam mutuamente (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009; CAPRA, LUISI, 2014).

Nesta perspectiva é possível introduzir um novo conceito onde os serviços que pertencem às Redes de Atenção à Saúde (RAS) necessitam interligar suas ações de forma participativa e de cooperação e, em conjunto, numa relação mútua e multiprofissional, que por meio da comunicação e diálogo buscam melhores opções de saúde individual e coletiva em interação com o meio ambiente no qual vivem e se desenvolvem (THUROW, 2016).

Este conceito apoia-se em princípios do Pensamento Ecológico (PE) como a interação, interdependência, influência mútua, a cooperação e a integralidade, entre outros, demonstrando que as RAS são estruturas que devem estar interconectadas com arranjos que superam o modelo biomédico burocrático, hierárquico e hegemônico, centrado na doença. Com base nestas questões, o presente estudo tem como objetivo descrever a compreensão das RAS na perspectiva ecológica.

2. METODOLOGIA

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória com abordagem qualitativa.

Trata-se de um recorte da Dissertação “Ações do enfermeiro nos serviços que integram a rede cegonha na perspectiva ecológica” foi utilizado o Documento 1 – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). A identificação do fragmento, foi identificado pelo código da letra D - que representa o documento,

e o número arábico 1, que segue a letra, identifica a ordem cronológica do documento analisado.

Os critérios de inclusão: Ser documento/arquivo oficial do MS no período de 2010 à 2014; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *online* na Rede Mundial de computadores.

A análise documental, foi abordada em três etapas: Primeira etapa – análise crítica do documento, sobre a qual fundamenta-se as cinco dimensões descritas por Cellard (2008) - 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª – Busca dos autores dos documentos; 3ª – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª – Natureza do texto; 5ª Dimensão - Conceitos-chave e a lógica interna do texto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2010, foram criadas novas diretrizes com arranjos em RAS, articulando programas, ações e práticas clínicas e serviços de forma estratégica e organizada, como identifica o fragmento:

As RAS são consideradas como arranjos organizativos de AS, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (D1).

Com base nesse fragmento, estudos apontam que o sentido de estruturar sistemas em redes é o caminho mais eficiente para a concretização da integralidade como princípio constitucional do SUS no Brasil (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013). Portanto, alguns de seus elementos constitutivos devem estar inter-relacionados, com vistas a formação de relações mais horizontalizadas entre os serviços diversos, que passam a se comportar como pontos de atenção interconectados e com canais permanentes de comunicação, como aponta o fragmento:

As RAS apresentam seis características: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos, compromissos com os resultados sanitários e econômicos (D1).

Em contrapartida dois fragmentos do documento referem que:

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com AS dimensionados a partir da oferta, tem-se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, demonstra ser insustentável para os enfrentamentos futuros (D1).

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual, centrado na doença, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas (D1).

A partir desses fragmentos, entende-se que as diretrizes são decisivas na organização das redes, possibilitando estruturar modelos de atenção à saúde inovadores, bem como, estratégias capazes de superar os modelos

tradicionais, que não conseguem mais dar conta das necessidades de saúde da população.

Além das características e dos fundamentos, as RAS possuem elementos constitutivos fundamentais definidos como uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Esses elementos, no PE, compõem um sistema, ou seja, um ecossistema com estrutura dinâmica e organismos bióticos/sociais e abióticos/físicos inter-relacionados, tecendo a rede de cuidados num determinado espaço/tempo, portanto, em inter-relação com o meio ambiente.

Na linguagem ecossistêmica as redes são formadas por nós, representados por todos os elementos (bióticos e abióticos) que constituem a realidade num espaço/tempo e os fios que os une são as relações. Nesse processo, o diálogo constitui-se como elemento essencial para estabelecer as interconexões entre os elementos constituintes, especialmente, na definição das linhas de cuidado. Nesta dinâmica a comunicação, especialmente o diálogo, é o fio condutor que liga a rede, formando uma teia de relações e integrações com a população, que vive, se desenvolve e trabalha, em meio ambiente próprio com o qual se relaciona. É influenciado, influencia e necessita de cuidados de saúde.

4. CONCLUSÕES

A percepção ecossistêmica das RAS possibilita a compreensão do todo demonstrando o quanto é primordial uma nova forma de pensar e fazer por meio do conhecimento das inter-relações e dos princípios ecossistêmicos. Entretanto, para compreender essa relação é preciso abandonar a visão fragmentada, vertical e impositiva e, visualizar o ambiente como uma totalidade formando uma unidade integrada e inter-relacionada. Essa visão viabiliza compreender a relação e as novas formas capazes de gerar mudanças e transformações no todo, com impacto nos resultados obtidos das interações entre as partes oportunizando soluções que venham satisfazer as demandas em saúde da população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.30, n.4, p. 750-754, dez. 2009.

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

THUROW, M. R. B.; **Ações do Enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na perspectiva Ecossistêmica**. 2016. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 de jul 2016.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

OBSERVATÓRIO CUIDATIVO VIRTUAL: UMA FERRAMENTA DE AUXÍLIO AOS CUIDADORES FAMILIARES

LEANDRO BRESCIANI DAS NEVES¹; LEANDRO WEIGE DIAS²; STEFANIE
GRIEBELER OLIVEIRA³; TATIANA AIRES TAVARES⁴; FLÁVIA BRAGA DE
AZAMBUJA⁵; DIOGO VEBER LIMA⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – lbneves@inf.ufpel.edu.br

²Universidade Federal de Pelotas – leandro.dias@ufpel.edu.br

³Universidade Federal de Pelotas - stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – tatiana@inf.ufpel.edu.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – flaviaazambuja@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – dvlima@inf.ufpel.edu.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da idade média da população mundial e o estilo de vida acelerado nas grandes cidades, há a necessidade de se buscar alternativas no cuidado das pessoas frente à velhice, invalidez ou doença. Nesta situação, muitas vezes é necessário buscar o auxílio e o cuidado de uma pessoa do círculo familiar. Estes, denominados cuidadores, dedicam-se a auxiliar terceiros nas funções básicas do seu dia a dia, geralmente em tempo integral, e quando o estado de saúde do paciente piora ou o tratamento do mesmo se estende, há alterações também na rotina de quem cuida.

Considerando estes fatores, a falta de ferramentas digitais que dêem suporte ao cuidador familiar no Brasil e a colocação de Oliveira (2015), dizendo que os cuidados com os familiares deveriam ser um tema central nas estratégias sociais e de saúde, propõe-se a implementação de uma plataforma interativa, denominada observatório cuidativo virtual, como alternativa de suporte aos cuidadores familiares na cidade de Pelotas, primariamente, objetivando ser uma ferramenta de auxílio ao bem estar e a resiliência entre os cuidadores.

O observatorio cuidativo é um ambiente online de aprendizado, interação e compartilhamento de experiências bem como um website com conteúdo dinâmico que permitirá ao acadêmico pesquisador em Saúde da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), a coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos sobre a saúde física e mental do cuidador propondo-se assim uma intervenção por meio de cuidados paliativos.

2. METODOLOGIA

Para a realização deste projeto, foi feito o levantamento dos requisitos junto ao setor de Enfermagem e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas, que definiu o problema da falta de interação entre parte da comunidade de cuidadores.

Foi feito o levantamento bibliográfico para se entender os principais componentes que envolvem a promoção do bem-estar, saúde e resiliência do

cuidador familiar. Depois, foi realizado um estudo de sistemas de gerenciamento de conteúdo, que de acordo com Beker (2016), permitem construir páginas e possuem recursos adicionais incorporados. Buscando-se estas plataformas digitais que poderiam abrigar conteúdo e ao mesmo tempo oferecesse recursos dinâmicos para tratamento e visualização dos dados optou-se pela plataforma Wordpress (WP).

Neste projeto, o Wordpress foi utilizado em duas versões: a institucional da UFPEL para o projeto final, que pode ser acessada online mas é mais limitada em termos de recursos devido às condições de segurança definidos pela Universidade, e também um protótipo ou versão local no computador do desenvolvedor, a fim de testar e avaliar mais funcionalidades. Os dados dinâmicos da plataforma são adquiridos através de formulário eletrônico que os acadêmicos em Enfermagem podem preencher quando das visitas aos cuidadores familiares cadastrados na Unidade Cuidativa de Pelotas, sendo estes dados armazenados no banco de dados da plataforma para posterior análise dos estudantes ou pesquisadores em Saúde.

Por fim, foram realizados testes com mineração de dados para testar o potencial do projeto em encontrar padrões nas informações coletadas. Utilizando a ferramenta WEKA e dados de teste, foi possível observar correlações entre os dados de entrada dos cuidadores levando em consideração diferentes parâmetros. Um dos exemplos que pode ser observado, é um ramo que começa pelo tempo que o cuidador está no cuidado, passando por se ele possuía ansiedade ou depressão anteriormente, seu gênero e idade e por fim, mostrando qual a intervenção terapêutica mais utilizada naquele caso, de acordo com a amostra.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O protótipo desenvolvido já conta com algumas funcionalidades, mais especificamente o login de usuário e os menus informativos, bem como a possibilidade de cadastro das informações dos questionários e a edição posterior dos dados. Estas informações são armazenadas em banco de dados integrado à plataforma e testes serão feitos com o WEKA, utilizando a saída deste banco de dados como entrada para o software de mineração. Depois, será disponibilizado este protótipo aos usuários, para se analisar o que pode ser melhorado. Colhidas as sugestões, o desenvolvedor irá então implementar a versão final já usando o WP Institucional da UFPEL e um servidor de sites específico.

Por fim, na validação da plataforma, serão usados dois tipos de métricas: Sob a forma de um questionário aberto, um acadêmico pesquisador em Enfermagem da UFPEL irá avaliar se a ferramenta é capaz de contribuir no desenvolvimento da resiliência. A segunda, por meio de reuniões com os estudantes do curso de Terapia Ocupacional e Enfermagem da UFPEL e também cuidadores familiares, levantando a opinião deste quanto ao conteúdo, design e usabilidade da ferramenta.

4. CONCLUSÕES

Neste trabalho foi implementado uma plataforma digital, denominada Observatório Cuidativo Virtual, que resultou em um ambiente de interação para os usuários. Para tanto, foi desenvolvido funcionalidades de edição de banco de dados bem como realizada uma mineração de dados com uma amostra de dados de teste. O trabalho também envolveu um conjunto de testes realizados com os usuários.

Para viabilizar este trabalho, foram estudados os fatores que contribuem para o desenvolvimento da resiliência em cuidadores familiares bem como ferramentas computacionais adequadas à uma possível intervenção. Optou-se pelo WEKA para tarefa de mineração e visualização de dados e o WordPress como ambiente de desenvolvimento da plataforma.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEKER, D. **Web Content Managment: Systems, Features and Best Practices**. **O'Reeilly Media**. Sebastopol: O'Reilly Media, 2016.

OLIVEIRA, D. C.; VASS, C. D.; AUBEELUCK, A. Ageing and quality of life in family carers of people with dementia being cared for at home: a literature review, **Quality in Primary Care**, Nottingham, UK, v.23, n.1, p. 18 - 30, 2015.

MÉTODO PHOTOVOICE: UMA ABORDAGEM INOVADORA APLICADA A PESQUISA PARTICIPATIVA

Viviane Ribeiro Pereira¹; Valéria Cristina Christello Coimbra² Ana Cláudia Garcia Vieira³ Marcia de Oliveira Nobre⁴ Clarissa de Souza Cardoso⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – viviane.ribeiropereira@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas- cadicha10@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas- marciaonobre@gmail.com

⁵universidade Federal de Pelotas- cissascardoso@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Photovoice é um método de investigação-ação participativa, desenvolvido por pesquisadores inseridos em processos educativos, em comunidades carentes, e que promove a criticidade e inserção destes em processos de mudanças, por meio de uma técnica fotográfica específica. Esta abordagem apoia-se na educação para consciência crítica de Paulo Freire, na teoria feminista e na fotografia documental (WANG; BURRIS; PING, 1996; MEIRINHO, 2016).

Sendo assim um aspecto importante desse método é que ele permite o “empoderamento” do sujeito, ou seja, oportuniza que este participe ativamente na geração de dados, por meio da captação de imagens realizadas por eles que retratam suas vivências. Isso facilita e permite expressão e independe da linguagem escrita ou falada, mostra-se apropriado para populações vulneráveis, trabalhadores, crianças, camponeses e pessoas em condições socialmente estigmatizadas (WANG; BURRIS, 1997; HERGENRATHER; et al, 2009).

Nesse sentido, a aplicação do método foi fundamental, pois o estudo contemplou um público composto por crianças em contextos de vulnerabilidade social. Diante disso, o presente trabalho visa relatar a experiência da utilização do método photovoice, com crianças, alunas de uma escola da rede municipal de ensino, no município de Pelotas/RS, as quais retrataram momentos de afeto, vínculo e atividades lúdicas com cães terapeutas do Projeto Pet Terapia da UFPel.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho é oriundo da dissertação de Mestrado intitulada: Intervenções Assistidas por Animais com crianças em contextos de vulnerabilidade social: utilizando o método Photovoice (PEREIRA, 2017). Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem (FEN) sob o Nº 1.558.671. E foi desenvolvida com a utilização dos cães terapeutas do Projeto Pet Terapia- (Faculdade de Veterinária – UFPel).

O estudo foi realizado utilizando-se o método Photovoice, com o objetivo de “dar voz” aos participantes do estudo. Foram distribuídas máquinas

fotográficas digitais a cada uma das crianças participantes do estudo, no total de 5 crianças entre 6 e 9 anos de idade, a partir da indicação da escola.

Inicialmente foram realizadas oficinas de capacitação com as crianças para explicar o desenvolvimento das atividades, os procedimentos éticos no momento de tirar as fotos de colegas sem a permissão destes e conceitos básicos no manejo e cuidado com o equipamento e as assinaturas do Termos de Assentimento.

A orientação para que as crianças fizessem o registro fotográfico foi: *fotografar o que elas considerassem importante e significativo nas atividades com os cães na escola*. A coleta de dados se deu entre os meses de junho/julho de 2016.

As atividades foram organizadas da seguinte forma: dois encontros semanais. No primeiro encontro da semana eram realizadas as atividades lúdicas com os cães e o registro fotográfico, por um período de 40 minutos.

No segundo encontro semanal era o momento da escolha das fotos, sem a presença dos cães, esta atividade era realizada em grupo. As imagens eram projetadas e as crianças tinham a liberdade de escolha, ou seja, selecionavam as mais significativas ou bonitas para elas. As fotos eram impressas, para que na semana seguinte pudessemos conversar sobre o significado de cada foto escolhida, indentificando as percepções da criança quanto as atividades propostas. Estas reuniões tinham duração de 60 minutos. Ao final da coleta de dados e da escolha e reflexão sobre as imagens, foi realizado um exposição por meio de “varal fotográfico” para escola, familiares e comunidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização do Photovoice como instrumento para coleta de dados representou um grande desafio aos pesquisadores envolvidos, pois trata-se de uma metodologia pouco utilizada em pesquisas no Brasil precisando ser adaptada a nossa realidade. Entretanto foi uma abordagem muito impactante no cotidiano daquelas crianças, proporcionou algo novo e as colocou como “importantes” frente aos colegas da escola, levantou auto-estima por estarem participando do projeto e por sentirem-se acolhidas e empoderadas (PEREIRA et al, 2016; MEIRINHO, 2016).

Foram desenvolvidas oficinas para envolver as crianças de forma dinâmica e intusiamante, de modo que elas não perdessem o interesse pela atividade e fazer deste um projeto atrativo. Essa momento foi importante para estabelecer uma relação entre o grupo e o investigador, possibilitando que elas se sentissem confortáveis para falar e interagir.

Percebeu-se que fotografia participativa, possibilitou às crianças retratarem de forma lúdica suas percepções à cerca das intervenção com os cães no ambiente escolar, além de despertar sentimentos de respeito e responsabilidade, sendo que este processo se deu de forma espontânea, criativa e alegre estreitou o vínculo de confiança entre elas e a pesquisadora. O contato com os cães terapeutas, proporcionou momentos de afeto, bem-estar,descontração, brincadeiras e diversão, tudo registrado por meio da fotografia (PEREIRA, 2017).

Nos encontros semanais o grupo tinha a possibilidade de refletir sobre o significado de cada fotografia registrada e escolhida por eles. Mostrando que

este método possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades anteriormente ocultas, como o “poder de argumentação” através da autoconfiança conquistada.

O photovoice permitiu um empoderamento delas frente aos colegas de escola, minimizou problemas de relacionamento, elevou auto-estima, diminuiu episódios de agressividade para com os colegas e melhorou questões de aprendizagem em sala de aula. Podemos atribuir estes resultados, tanto ao uso da câmera, que facilitou o processo de auto-confiança, quanto ao vínculo entre os cães/crianças que trouxe motivação ao ambiente de aprendizagem, pelo fato de serem considerados “*catalizadores sociais*”(SAVALLI; ADES, 2016 p 36-37). As crianças mostraram-se extremamente afetuosas como os cães e com os voluntários que participaram da pesquisa.

4. CONCLUSÕES

O photovoice mostrou ser uma ferramenta importante no sentido de dar “voz” a criança em situação de vulnerabilidade, permitindo que estas compartilhassem experiências com outros colegas, professores e familiares, ao mesmo tempo que permitiu uma reflexão sobre suas condições de vida. Esta abordagem, numa perspectiva inovadora, contribuiu fortemente, para a transformação das práticas em saúde, oportunizando ampliação da pesquisa no campo da enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HERGENRATHER, K. C.; SCOTT, D. C., CHRIS, A.; BARDHOSHI, G.; PULA, S. Photovoice as Community-Based Participatory Research: A Qualitative Review. **American journal of health Behavior**, v.33, n.6, 686-698p, 2009.

MEIRINHO, D. **Olhares em foco: fotografia participativa e empoderamento juvenil**. Portugal: LABCOM.IFP, 2016.

PEREIRA, V.R; COIMBRA, V.C.C.; CARDOSO, C.S.; OLIVEIRA, N.A.; VIEIRA, A.C.G.; NOBRE, M.O; NINO, M.E.L. Metodologias participativas em pesquisas com crianças: abordagens criativas e inovadoras. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre/RS, v. 37, n.esp, 1-5p, 2016.

PEREIRA, V.R. Intervenções assistidas por animais com crianças em contextos de vulnerabilidade social: utilizando o método Photovoice. 2017. 128f. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

SAVALLI, C; ADES, C. Benefícios que o convívio com animais de estimação pode promover para saúde e bem-estar do ser humano. In: CHELINI, M. O. M.; OTAA, E. *Terapia Assistida por Animais*. Barueri, SP: **Manole**, 23-43p, 2016.

WANG, C.C; BURRIS, M.A; PING, X. Y. Chinese village women as visual anthropologists: a participatory approach to reaching policymakers. **Social Science and Medicine**, v.42, n.10, 1391-1400p, 1996.

WANG, C.C.; BURRIS, M.A. Photovoice: Concept, methodology and use for participatory needs assessment. **Health Education and Behavior**, v.24, n.3, 369-387p, 1997.

ALGORITMO DE CUIDADOS PARA SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO

ANDRESSA HOFFMANN PINTO¹; PATRICIA MIRAPALHETA PEREIRA DE LLANO²; CELMIRA LANGE³; DENISE SOMAVILA PRZYLYNSKI CASTRO⁴; MARCOS AURÉLIO MATOS LEMÕES⁵; DANIELE LUERSEN⁶.

¹Universidade Federal de Pelotas- dessa_h_p@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas- pati_llano@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas- celmira_lange@terra.com

⁴Universidade Federal de Pelotas- deprizi@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas- enf.lemoes@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas- dani_luersen@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma acelerada e essa mudança repentina repercute na atuação dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devido às alterações que ocorrem com os idosos. Dentre elas se tem a Síndrome da Fragilidade do Idoso (SFI) que consiste em uma síndrome clínica, de origem multifatorial, representada pela diminuição das reservas de energia e aumento da vulnerabilidade dos idosos, reduzindo a capacidade de homeostase. Ela ocorre em espiral, embasada por um tripé de alterações composto principalmente por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. Essas alterações internas e progressivas podem ser exteriorizadas por um fenótipo composto por cinco componentes mensuráveis: perda de peso não intencional, fadiga, redução da força e da velocidade de caminhada e baixa atividade física (FRIED et al, 2001).

Assim, nesse contexto se faz importante realizar ações que objetivem a prevenção e promoção da saúde do idoso, para que seja evitado desfechos adversos, destacando que a SFI é complexa (DALLA e SCHENEIDER, 2014).

Para tal, nesse trabalho, ao pensar-se de forma mais ampla e considerando atuações de uma equipe multidisciplinar foi proposto o algoritmo de cuidados à SFI.

2. METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, com delineamento transversal, realizado com 820 idosos, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuavam sob Estratégia de Saúde da Família, da zona rural do Município de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil.

Foram elencadas 10 unidades, cujos os idosos cadastrados foram sorteados por meio dos prontuários, sendo incluídos todos os idosos cadastrados no mesmo. Os idosos selecionados foram contatados e informados sobre o estudo e, caso aceitassem participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. As entrevistas ocorreram nas casas dos idosos no período de julho a outubro de 2014, por meio de um formulário padronizado que continha questões relativas às variáveis

sociodemográficas como idade, sexo, cor da pele, morar só, morar em espaço reduzido, renda, escolaridade, fragilidade e declínio cognitivo.

Para a avaliação da fragilidade utilizou-se o instrumento autorreferido, avaliando: perda de peso não intencional, baixa atividade física, redução da velocidade da caminhada, redução da força e fadiga. Classificou-se como idoso robusto aquele que não apresentou nenhum componente; pré-frágil o idoso com 1 ou 2 componentes; e frágil o idoso com 3 ou mais componentes SFI ([NUNES, DUARTE, SANTOS e LEBRAO, 2015](#)).

A pesquisa seguiu a Resolução 466/20124 (BRASIL, 2012), sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, sob nº 649.802, de 19 de maio de 2014.

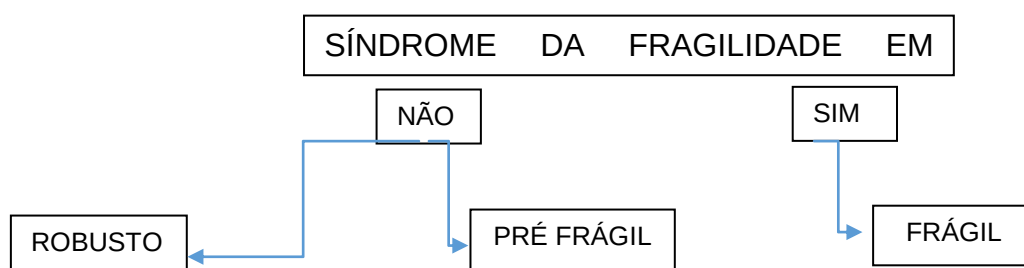
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à classificação de fragilidade, 19,5% dos idosos foram considerados robustos, 37,1% eram pré-frágeis e 43,4%, frágeis. Em relação ao “processo de fragilização”, ou seja, idosos classificados como pré-frágeis e frágeis, estes representaram 80,41%.

Assim, os idosos estudados por ainda em sua maioria serem pessoas ativas principalmente por meio da atividade laboral, perceberam as alterações com mais facilidade pois elas comprometiam as suas atividades cotidianas, em especial, para os componentes como redução da velocidade da caminhada, redução da força e até fadiga.

Desse modo, ao avaliar os componentes da fragilidade mais prevalentes entre esses idosos estudados, pode-se organizar de forma mais específica ações associadas as reais necessidades dessas pessoas. Para sistematizar o cuidado de enfermagem sugere-se a utilização do algoritmo, que se constitui em uma sequência finita de instruções bem definidas que podem ser realizadas ordenadamente e direcionam cuidado de enfermagem (PAES, MELLO, LEITE et al, 2014).

Figura 2: Algoritmo de cuidados para Síndrome da Fragilidade no Idoso



- Aplicar instrumento com indicadores de fragilidade periodicamente; - Avaliar as funções cognitivas (aplicar Miniexame do Estado Mental); - Realizar estimulação cognitiva; - Orientar quanto à autonomia e estimular a realização das atividades de vida diárias; - Avaliar as ABVDs e AIVDs; - Avaliar depressão (Escala de Depressão Geriátrica); - Avaliar o contexto em que o idoso está inserido; - Estimular a interação social; - Orientar o familiar/cuidador quanto à importância da funcionalidade e cognição; - Estimular a participação ativa dos idosos nas atividades econômicas; - Respeitar as influências culturais, religiosas e de contexto do idoso ao planejar seu cuidado.	- Orientar quanto à prevenção de doenças; - Auxiliar na abstenção do uso do tabaco e álcool; - Realizar detecção precoce de sinais e sintomas de doenças crônicas não transmissíveis; - Orientar quanto ao uso de medicamentos; - Orientação e educação nutricional do paciente e familiares/cuidadores por nutricionista, visando melhora do estado nutricional e prevenção de piora das condições gerais. - Estimular o desenvolvimento de habilidades manuais; - Incentivar a participação dos idosos na vida familiar e comunitária; - Encaminhar o idoso a outro profissional de saúde quando houver necessidade;	- Orientar quanto ao tratamento paliativo para algumas patologias; - Estimular a participação ativa do idoso no cuidado da própria saúde; - Orientar o idoso e familiar/cuidador quanto à prevenção de quedas; - Orientar o idoso e cuidador quanto ao ambiente seguro; - Encaminhar para intervenção por nutricionista a fim de, avaliar necessidade de suporte nutricional oral ou parenteral. - Fornecer cuidados de qualidade para idosos com demência e outros problemas cognitivos e neurológicos; - Prevenir a iatrogenese; - Estimular a interação social; - Orientar o familiar/cuidador quanto à importância da funcionalidade e cognição.



- Orientar quanto ao estilo de vida: Manter alimentação saudável (diminuir sal e gordura animal e aumentar frutas e legumes e manter consumo de laticínios e carnes magros e consumo moderado de carne vermelha e soja); Manter ingestão hídrica adequada; Manter atividade física; - Promover suporte emocional ao familiar/cuidador; - Atentar para sinais de depressão.

4. CONCLUSÕES

A construção do algoritmo a partir dos dados obtidos contribui para a enfermagem como ciência à medida que permite que os profissionais enfermeiros sistematizem suas ações pautadas em dados científicos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRIED, L.P.; TANGEM C.M.; WALTSON, J.;NEWMAN, A.B.; HIRSCH, C.;GOTTDIENER, J.; et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The journals of gerontology**, v.56, n.3, p.146-54, 2001.

DALLA, L.L.; SCHENEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.3, p. 673-80, 2014.

NUNES, D.P.; DUARTE, Y.A.O.; SANTOS, J.L.F.; LEBRAO,M.L. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p.1-9, 2015.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. Brasília; 2012.

PAES, G.O.; MELLO, E.C.P.; LEITE, J.L.; MESQUITA, M.G.R.; OLIVEIRA, F.T.; CARVALHO, S.M. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. **Escola Anna Nery**, v, 18, n.2, 2014.

DESTAQUES EIXO 3

TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS (GROUNDED THEORY) EM PSICOLOGIA NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

GIRLANE MAYARA PERES¹; ANNE LUISA NARDI²; THAYSE APARECIDA
PALHANO DE MELO³; JOSÉ LUIS GUEDES DOS SANTOS⁴; CARMEN
LEONTINA OJEDA OCAMPO MORÉ⁵;

¹Programa de Pós-Graduação em Psicologia- Universidade Federal de Santa Catarina –
mayperes@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Psicologia- Universidade Federal de Santa Catarina –
anne.luisa30@gmail.com

³Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Santa Catarina –
thayse.palhano@gmail.com

⁴Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Santa Catarina –
jose.santos@ufsc.br

⁵Programa de Pós-Graduação em Psicologia- Universidade Federal de Santa Catarina –
carmen.more@ufsc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Teoria Fundamentalada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* fundamenta-se em desenvolver teorias pela contínua interação com os dados, por meio de métodos sistemáticos para coleta e análise de dados, de modo criativo e rigoroso, para explicar fenômenos estudados (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011). Ao longo do seu desenvolvimento, três principais vertentes metodológicas despontaram como referências para sua fundamentação epistemológica: a clássica (glauzeriana) (GLASER, STRAUSS, 1967); a straussiana (relativista/subjetivista – STRAUSS; CORBIN, 2008); e construtivista (CHARMAZ, 2009).

Tais vertentes apresentam “especificidades que viabilizam *modi operandi* diferentes, baseados em concepções e paradigmas epistemológicos próprios, frutos da evolução do processo de construção do conhecimento científico” (SANTOS et al, 2016, p. 1). Nesse sentido, identifica-se que existem conflitos e dificuldades de demarcar as especificidades entre as vertentes, o que por vezes, a utilização de modelos heterogêneos da TFD pode gerar confusão e dúvidas (TORRES et al, 2015; SANTOS et al 2016).

Com intuito de fornecer subsídios para a qualificação da TFD em pesquisas da área da Psicologia, delineou-se como questão de pesquisa: *de que forma a Teoria Fundamentalada nos Dados tem sido utilizada nas pesquisas em psicologia no Brasil?* O presente estudo objetiva analisar como a TFD é utilizada nas pesquisas qualitativas em Psicologia, no contexto brasileiro, por meio de revisão integrativa de literatura.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de artigos publicados até o dia 22 de maio de 2017, nas bases de dados Scientific Electronic Library On Line; Literatura da América Latina e Caribe; American Psychological Association; Index Psi Periódicos; Scopus e Web of Science, com os descritores: (“teoria

fundamentada" OR "teoría fundamentada" OR "Grounded Theory") AND (psi* OR psy*) AND (Brasil OR Brazil), resultando em trezentos e doze (n=312) estudos. Foram incluídos artigos originais de pesquisas desenvolvidas no Brasil que utilizasse a TFD e que contemplasse, no mínimo, um autor psicólogo, publicado em português, inglês ou espanhol.

Para a seleção dos artigos foram desenvolvidas: a) Leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não estavam diretamente relacionados à psicologia, resultando em 34 artigos; b) Exclusão dos trabalhos duplicados, ficando-se com 25; c) Leitura completa dos 25 artigos, sendo excluídos 3 por não estarem diretamente relacionados à psicologia. Ao total foram analisados neste estudo 22 artigos com auxílio do software Atlas-ti versão 8.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 22 artigos analisados, a maioria (n=15) informou a vertente utilizada, sendo 80% (n=12) straussiana, 13,33% (n=2) construtivista e 6,67% (n=1) clássica. Metade (n=11) conceituou a TFD. 81,82% (n=18) dos artigos declararam ter utilizado a abordagem qualitativa.

Todos informaram como ocorreu a coleta dos dados, sendo 90,91% (n=20) por entrevista, 13,64% (n=3) observação participante e 9,09% (n=2) mapa de rede. Todos apresentaram o número de participantes, sendo 31,82% (n=7) 10 participantes, 13,64% (n=3) 22 participantes, 9,09 (n=2) 6 participantes. Metade dos artigos analisados (n=11) informou que realizou análise comparativa constante dos dados. 68,19% (n=15) indicou qual codificação utilizou. Destes, 53,33% (n=8) optaram pela aberta, axial e seletiva, 13,33% (n=2) pela codificação inicial e focalizada e 33,34% (n=5) não informaram como ocorreu.

Quanto apoio de software para análise dos dados, 22,73% (n=5) utilizaram o Atlas.ti, 72,73% (n=16) não informaram o uso e, 4,55% (n=1) declarou não ter utilizado. 95,45% (n=21) não indicaram utilização de memorandos. Nenhum (n=0) informou ou apresentou diagramas. 86,19% (n=19) não declarou comparação com a literatura, 13,64% (n=3) informou comparação após a análise.

Discute-se que, diversos aspectos constroem e significam a TFD como método de pesquisa, destacando-se a construção da teoria a partir dos dados, a qual emerge pelo processo rigoroso de formulação e integração de conceitos por meio de um esquema lógico, sistemático e explicativo, revelando profundo conhecimento dos fenômenos sociais (SANTOS et al., 2016). Foi possível constatar que ainda é necessária melhor explicitação do esquema organizador e dos passos seguidos quando apresenta-se a TFD em publicações de artigos em Psicologia.

Dos artigos analisados, a adoção da TFD está predominantemente restrita à etapa de análise dos dados, especificamente, à etapa de codificação, denotando fragilidade em sua apresentação como recurso metodológico de toda pesquisa, apontado estudo de outra área (BAGGIO, ERDMANN, 2011). Destarte, salienta-se que a análise qualitativa é um processo complexo e não deve ser desprovida de um método que tenha como base os passos-chave que decorrem dos dados brutos para interpretação e explicação. Assim sendo, apenas citar no método que a pesquisa utilizou da TFD pode enfraquecer a

metodologia em termos de rigor, pois oculta uma de suas principais características, qual seja, a sistematização (SIDHUet al, 2017).

O cerne da TFD encontra-se no desenvolvimento de teorias a partir da contínua interação com os dados, ao invés da dedução de hipóteses a partir de teorias preexistentes. Seus métodos alicerçam-se em diretrizes sistemáticas para a coleta e análise dos dados, que são utilizados para construir de modo criativo e rigoroso teorias que possibilitem explicar os fenômenos estudados (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011). Contudo, com a parcialidade do uso da TFD, identificou-se que os artigos analisados limitaram-se a descrições dos fenômenos, o que pode comprometer a coerência entre método e resultados. Destaca-se que revisões de estudos sobre o uso da TFD como abordagem metodológica em outras áreas corroboraram com a presente revisão quanto à dificuldade de análise de trabalhos que não explicitam a formulação de teorias e o percurso metodológico (BARBOSA, 2017; GOMES et al., 2015).

4. CONCLUSÕES

Infer-se que, em sua maioria, o método é utilizado em pesquisas em Psicologia no Brasil, como estratégia para análise dos dados, especificamente na codificação. Identificou-se, ainda, possíveis lacunas quanto ao rigor metodológico de algumas revistas científicas. Detectou-se a necessidade de promover a divulgação de recursos que auxiliam no processo de análise de dados, como a construção de diagramas, memorandos e do uso de softwares. É mister que, para ampliar a análise deste método na área da Psicologia, necessita-se incluir análise de Trabalhos de Conclusão de Curso de graduação, Dissertações e Teses, algo que ficou limitado neste estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A. L. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Referência- Revista de Enfermagem**, Coimbra, v.3, n.3, p.177-188, 2011.

BARBOSA, M.W. Uma análise do uso de Grounded Theory em engenharia de software. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v.17, n.1, p.26-48, 2017.

CHARMAZ, K.A **construção da teoria fundamentada - Guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: ArtMed, 2009.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine, 1967.

GOMES, I.M.; HERMANN A,P.; WOLFF, L.D.G.; PERES, A.M.; LACERDA, M.R. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, supl. 1, p. 466-474, 2015.

SANTOS, J.L.G.; ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.GM.; LANZONI, G.M.M.; MELO, A.L.S.F.; LEITE, J.L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2016.

SIDHU K., JONES, R., STEVENSON, F. Publishing qualitative research in medical journals. **Br J Gen Pract**, London, v.67, n.658, p. 229-230, 2017.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Trad. de Luciane de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAROZZI, M. **O que é GroundedTheory? Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TORRES, M. K. L.; OLIVEIRA, P. C.; NUNES, C. S.; NAKAYAMA, M. K. Análise da utilização da Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados) na produção científica brasileira entre 2008-2012. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 11, n.24, p.485-510, 2015.

**PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA: A VISÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

MAITE SOUZA MAGDALENA¹; KIARA LEAO LOPES DE ALMEIDA²; DARA
LUIZA ZAMBIASI³; LENI DIAS WEIGELT⁴; SUZANE BEATRIZ FRANTZ
KRUG⁵; MARISTELA SOARES DE REZENDE⁶

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul – maite.magdalena1@gmail.com

² Universidade de Santa Cruz do Sul – kiara.almeida.ic@gmail.com

³ Universidade de Santa Cruz do Sul – daralzambiasi@hotmail.com

⁴ Universidade de Santa Cruz do Sul – lenid@unisc.br

⁵ Universidade de Santa Cruz do Sul – skrug@unisc.br

⁶ Universidade de Santa Cruz do Sul – mrezende@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011, vem com o intuito de gerar melhorias no acesso e qualidade da Atenção Básica, garantindo um padrão de qualidade que permite transparência e efetividade de ações direcionadas à Atenção Básica em Saúde¹. O programa conta com quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. Ao final de todas as fases, a cada 24 meses, inicia-se um novo ciclo do PMAQ-AB, no qual a unidade pode aderir novamente ao programa².

As unidades de Atenção Básica de Saúde, em sua maioria, constituem-se em equipes multidisciplinares, incluindo-se os técnicos de enfermagem, que tem como atribuição assistir ao enfermeiro no planejamento, organização e realização de atividades assistenciais ao indivíduo, bem como a execução de alguns programas vinculados à unidade de saúde³. Diante disso, justifica-se a escolha destes profissionais para o desenvolvimento do presente estudo, que tem como objetivo analisar a visão dos técnicos de enfermagem quanto às repercussões do PMAQ-AB em sua unidade de saúde.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, recorte da pesquisa *“Aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): olhar avaliativo dos profissionais de saúde”*, desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. O estudo está fundamentado nos preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, sob o protocolo nº1.171.974/15.

A coleta de dados ocorreu em Estratégias de Saúde da Família (ESF) de 11 municípios da 28ª Região de Saúde/RS. Participaram 20 técnicos de enfermagem, cujos critérios de inclusão foram: ser técnico de enfermagem de uma ESF aderida ao PMAQ-AB, ter participado de alguma fase do programa e aceitar participar do estudo. A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2016 a abril de 2017, através de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados seguindo a

metodologia de análise temática de Bardin (2010)⁴, na qual foram agrupados em quatro temáticas: “Influência na assistência à saúde”, “Modificações na organização do trabalho”, “Mudanças na estrutura física da unidade”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, num total de 19, e somente um do sexo masculino, cujas idades variaram de 28 a 63 anos; prevalecendo o estado civil casado; todos possuíam ensino médio completo. Do total, 14 eram concursados e seis contratados, sendo que 18 cumpriam carga horária semanal de 40 horas e dois, 36 horas; o tempo de atividade no município variou entre 1 - 3 anos e 13 anos ou mais.

Com relação à influência do programa na assistência à saúde, observaram-se mudanças na organização e qualidade do atendimento oferecido aos usuários. Um aspecto positivo apontado foi a exclusão das fichas e senhas para a organização do atendimento, com a implantação do acolhimento à demanda espontânea no cotidiano dos serviços. Conforme orientações do Ministério da Saúde, o acolhimento como uma diretriz é um processo que requer transformações, visto que ele deve trazer uma escuta qualificada, não servindo somente como triagem para o atendimento médico⁵.

Sobre as modificações na organização do trabalho, evidenciou-se que a partir do PMAQ-AB os profissionais podem repensar e planejar o seu fazer, organizando sua rotina de trabalho de forma a qualificar suas ações, sob o enfoque da integralidade, oferecendo um melhor acolhimento e atendimento à população.

No que tange às mudanças na estrutura física, os entrevistados apontaram grande investimento em infraestrutura, com a organização do fluxo dos serviços através de placas de identificação dos prédios e a inclusão de rampas de acesso, de acordo com o que preconiza o programa. Através do incentivo financeiro repassado aos municípios, o qual é determinado a partir dos resultados obtidos pelas unidades aderidas ao programa, foi possível proceder a compra de equipamentos e materiais para as unidades.

Alguns técnicos de enfermagem desconhecem os objetivos e diretrizes do PMAQ-AB, em suas falas apontaram não haver mudanças com o programa, mas ao mesmo tempo não sabiam definir o programa e nem falar sobre sua implementação na unidade, ou relataram desconhecer os resultados do programa. Lacunas na comunicação entre os profissionais da equipe e gestores e a falta de retorno dos resultados de avaliações anteriores fazem com que os trabalhadores não se inteirem e reconheçam as repercussões do programa.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que o PMAQ-AB instiga ao investimento em melhorias, impactando em diferentes aspectos nas unidades de saúde aderidas. Estas melhorias buscam a qualificação da Atenção Básica; e para isto, o programa cumpre sua função de viabilizar modificações na estrutura física e no ambiente de trabalho dos profissionais da saúde, e também de promover mudanças para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, que possibilita atender aos usuários com maior efetividade.

Entretanto, ainda faz-se necessária uma comunicação efetiva entre os profissionais, bem como o retorno dos resultados das avaliações às equipes, a fim de que os trabalhadores identifiquem as repercussões do PMAQ-AB em seu serviço.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [...]. Brasília: Gabinete Ministerial; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Gabinete Ministerial; 2015.

_____. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PESSOAS QUE VIVEM NA RUA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

CARINA ELISÂNGELA DE OLIVEIRA¹; KARIN VIEGAS²; ROSANGELA BARBIANI³; SANDRA MARIA CEZAR LEAL⁴;

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos1 – carina.e.d.oliveira@gmail.com 1

²Universidade do Vale do Rio dos Sinos2 – kviegas@gmail.com 2

³Universidade do Vale do Rio dos Sinos3 – barbiani@unisinis.br 3

⁴Universidade do Vale do Rio dos Sinos4 – sandramcleal@gmail.com 4

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As representações sociais (RS) revelam o modo pelo qual os indivíduos ou grupos sociais constroem seu conhecimento a partir de sua inserção social e cultural. Demonstam ainda a maneira como a sociedade (re)conhece e constrói esse saber com os indivíduos. (MOSCOVICI, 1978). O objetivo foi conhecer as RS de saúde sob a perspectiva de pessoas que vivem em situação de rua.

2. METODOLOGIA

Estudo na perspectiva das RS com abordagem estrutural. (ABRIC, 1994). Realizado no Consultório na Rua (CR) do GHC, em Porto Alegre/RS. Participaram 43 usuários maiores de 18 anos. Foram excluídos os que tinham dificuldade cognitiva e/ou de comunicação, comportamento hostil e agressivo. Coleta de dados (outubro/2016 a março/2017), com a questão estímulo: cite cinco palavras que vêm à cabeça quando pensa em saúde.

Para análise utilizou-se o *software Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations*. (VERGÈS, 2002). Estudo seguiu a Resolução 466/2012, projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (CAAE 18536713.8.0000.5344) e do Grupo Hospitalar Conceição (CAAE 18536713.9.3001.5530).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 43 participantes 75% eram homens, 53% tinha de 31 a 45 anos, 39% estava em situação de rua há mais de 10 anos. As RS de saúde foram investigadas por meio da questão estímulo “cite cinco palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em saúde”. Da qual resultaram 215 evocações com Ordem Média de Evocações= 2,9. Foram considerados, na análise aqueles com frequência mínima 3, representando 75,3% das evocações, totalizando 162 palavras e 57 vocábulos diferentes.

Quadro 1 – Centralidade dos termos evocados pela população de rua, atendida no Consultório na Rua do GHC, em resposta ao estímulo “cite cinco palavras que vêm à cabeça quando pensa em saúde”. Porto Alegre, 2017. N= 43

OME < 2,9 – Quadrante 1			OME > 2,9 – Quadrante 2		
	F	OME		F	OME

Alimentação	36	2,529	Atendimento	14	3,071
Tranquilidade	17	2,688	Emprego	10	3,200
Dormir	13	2,846	Moradia	18	3,667
OME < 2,9 - Quadrante 3			OME > 2,9 - Quadrante 4		
	F	OME		F	OME
Bem-estar	8	1,875	Acordar	4	3,750
Dinheiro	3	2,333	Amigos	3	3,333
Felicidade	5	2,400	Família	9	4,000
Longevidade	3	2,667	Filhos	6	3,500
Medicamento	9	2,556			
Vida	7	2,714			

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, 2017.

No Quadrante 1, localizam-se as evocações que compõe o possível núcleo central (NC) a estrutura mais sólida das RS (ABRIC, 1994). As RS de saúde, na perspectiva de pessoas que vivem na rua foram representadas por “alimentação, tranquilidade e dormir”, revelando que as necessidades básicas são determinantes para o contexto de saúde dessas pessoas.

Aponta-se que na escassez de recursos, muitas pessoas em situação de rua não conseguem adquirir alimentação mínima diária. Além disso, dentre os moradores de rua têm os que possuem renda, os que pedem dinheiro e ou comida e os que sobrevivem do lixo. (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014). O vocábulo “tranquilidade” pode representar as dificuldades relacionadas à garantia de proteção, necessidade de dormir com segurança, de buscar descanso nos horários e lugares mais seguros.

Os elementos periféricos (Quadrante 4) foram constituídos pelas evocações: acordar, amigos, família e filhos. Assim, interagindo com o NC, “acordar” representa a preocupação com a vulnerabilidade durante o sono e com a garantia de acordar bem. Pois, a noite na rua é considerada perigosa e, aparentemente dormir à mercê das condições climáticas e ambientais noturnas cria uma necessidade especial e um obstáculo a ser enfrentado a cada noite. (CARAVACA-MOREIRA; PADILHA, 2015). Sendo uma estratégia, dormir durante o dia e em locais onde há maior número de pessoas circulantes. (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Os vocábulos amigos, família e filhos, representam a importância da interação do processo de saúde com o vínculo familiar. Sendo que pessoas em situação de rua possuem fragilidade nos vínculos afetivos, que são marcados por distanciamento e/ou rompimento dos laços familiares. (ALCANTARA; ABREU; FARIAS; 2015). Os vocábulos também representam a ausência do apoio social.

Os elementos intermediários (Quadrantes 2 e 3) foram compostos pelos vocábulos: atendimento, emprego e moradia; bem-estar, dinheiro, felicidade, longevidade medicamento e vida. Representando que “bem-estar”, pode estar relacionado ao atendimento de saúde e ao acesso à medicação, bem como, ao emprego, que gera o sustendo para garantir a vida.

4. CONCLUSÕES

Considera-se que as RS de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua, indicam um conceito ampliado de saúde incluído as necessidades básicas, vínculo com amigos/família e a relação com o trabalho. Além disso, o

fato de muitos estarem afastados da moradia, emprego e família não os impede de projetar nesses valores um significado de vida plena, associada à saúde e ansiar por dignidade, segurança, respeito e inclusão na sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOSCOVICI, S. A. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ABRIC, J.C. Représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J.C. (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 11-35.

ALCANTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, Bogotá, v.24, n.1, p.129-143, 2015.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1248-1261, 2014.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. I. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 748-759, 2015.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-942, 2014.

PAIVA, I. K. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

**APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO FENOMENOLÓGICA: EXPERIÊNCIA
JUNTO AOS REDUTORES DE DANOS**

ZAIRA LETÍCIA TISOTT¹; AMANDA DE LEMOS MELLO²; ANGELO RAMOS
JUNIOR³; ANA PAULA GRIGOLETTO⁴; CLARISSA NICOLI FERREIRA⁵;
MARLENE GOMES TERRA⁶.

¹Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – zairatisott10@gmail.com

²⁻⁴⁻⁵⁻⁶ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – amandamello6@yahoo.com

³ Centro Universitário Franciscano (Unifra)

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como droga, qualquer substância não produzida pelo organismo. As quais podem ser divididas em lícitas e ilícitas, sendo que as drogas do tipo lícitas são liberadas por Lei e aceitas socialmente, porém restritas em algumas situações e as ilícitas são todas aquelas proibidas por Lei (BRASIL, 2001).

Foi nesse intuito de proibição que ocorreu às primeiras intervenções do governo brasileiro relacionada à temática (MACHADO; MIRANDA, 2007). A partir de movimentos pensados nos direitos humanos e na saúde, constroem-se políticas públicas direcionadas ao usuário de álcool e outras drogas de saúde.

A Redução de Danos (RD) conduz suas ações pautadas na RD sociais e a saúde aos usuários de álcool e outras drogas, por meio da informação, educação, aconselhamento, distribuição de insumos entre outros. Todas as ações de RD devem ser preservadas a liberdade de decisão do usuário em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2005). A figura do Redutor de Danos é trazida como um Agente Social, que se caracteriza por ser um “profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e às pessoas em situação de risco pessoal e social” (BRASIL, 2011e, p.1).

Nesse interim, a pesquisa fenomenológica baseada em Alfred Schutz pode contribuir em pesquisas desenvolvidas na enfermagem e saúde, pois tende auxiliar na construção do conhecimento frente às questões vividas no mundo social em grupo específico por meio da compreensão das suas motivações e objetivos (SCHÜTZ, 2012).

Diante disso, tem-se como objetivo: relatar a experiência de aproximação e ambientação na pesquisa fenomenológica, junto aos Redutores de Danos de um município da região Sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. O presente relato de experiência é produto de um projeto de pesquisa com abordagem fenomenológica intitulado “Motivações da ação do redutor de danos ao cuidar

de usuários de álcool e outras drogas”, Aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos sob o Nº 1.967.534. A vivência ocorreu nos meses de abril e maio de 2017, por meio do acompanhamento no trabalho de campo com sete Redutores de Danos no espaço da rua e por meio de visitas domiciliares.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se no decorrer da vivência que os Redutores de Danos, direcionam o cuidado em Redes de Atenção a Saúde. A política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas, prevê que o cuidado necessita estar direcionado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica articulados em uma rede de serviços de saúde incluindo componentes da atenção básica, ambulatoriais, CAPS ad, atenção hospitalar e componente da rede de suporte social complementares ao SUS como Associações de ajuda mútua e outras entidades (BRASIL, 2004a). O trabalho em Rede de atenção a Saúde é fundamental no campo da saúde mental, pois, além de garantir a articulação de ações intersetoriais, promove a integralidade do cuidado.

Além disso, observa-se, que os Redutores de Danos trabalham na perspectiva de humanização do cuidado, por meio do respeito ao usuário. Para conseguir trabalhar na lógica de RD é necessário reconhecer o usuário por meio de sua história de vida, características, necessidades, estratégias de contato com usuário e família, mas principalmente com a construção de vínculo (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz como uma de suas diretrizes o acolhimento e escuta, reforçando o reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Nesse contexto, cuidar do outro exige esforço em superar diferenças e zelar para que exista um diálogo harmonioso com o próximo (BRASIL, 2004b).

3. CONCLUSÕES

Acompanhar os Redutores de Danos no espaço da rua e em visitas domiciliares possibilitou ampliar olhares em relação ao trabalho de campo e estratégias de cuidados com usuários de álcool e outras drogas por meio da pesquisa fenomenológica. Conclui-se a importância do trabalho em Redes de Atenção a Saúde, para que se possa construir junto com ele estratégias de Redução de Danos, prevenção, educação, tratamento e promoção de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.2004a

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS**. Brasília, 2004b

_____. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório Sobre a Saúde no Mundo. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra; 2001.

_____. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: ago 2017.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>. Acesso em: ago 2017

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, 14(3), 801-821, 2007.

SCHÜTZ A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.

DESENVOLVENDO UM VÍDEO EDUCATIVO SOBRE A QUIMIOTERAPIA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUANA AMARAL MORTOLA¹; ROSANI MANFRIN MUNIZ²; DANIELA
HABEKOST CARDOSO³; SANDY ALVES VASCAONCELLOS⁴; LETÍCIA DIAS
VALENTE⁵; CLARICE DE MEDEIROS CARNIERE⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – lumortola92@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – romaniz@terra.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – danielahabekost@yahoo.com

⁴Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – sandyalvesvasconcellos@gmail.com

⁵Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – leticia_diazz@gmail.com

⁶Hospital Escola da Universidade Feeral de Pelotas – claricecarniere39@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A quimioterapia ainda é um dos tratamentos oncológicos mais utilizados. A depender do protocolo quimioterápico prescrito, podem surgir diversos efeitos colaterais relacionados aos sistemas hematológico, cardíaco, pulmonar, gastrointestinal, neurológico, vesical, renal, dermatológico e hepático, além de disfunção reprodutiva, metabólica, reações alérgicas e anafiláticas (BONASSA, 2012). Seus efeitos colaterais e a falta de informação sobre os cuidados são aspectos negativos atrelados a terapêutica. Neste contexto, a equipe de enfermagem assume grandes responsabilidades frente a esses pacientes, tendo como competência prestar assistência na avaliação, diagnóstico a tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Com isso, exige dos enfermeiros uma assistência com enfoque na avaliação integral do paciente e sua família (FURTADO, 2016). Destaca-se a função educativa do enfermeiro realizando orientações que promovam a elucidação e a desmistificação da quimioterapia (COELHO, 2015). Nesse sentido os recursos de informação e comunicação podem ser importantes ferramentas educativas no ambiente oncológico (RAZERA, 2014). Este estudo tem como objetivo relatar a vivência do processo de construção de um vídeo educativo sobre o tratamento quimioterápico: orientações para pacientes e familiares.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de Experiência. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012). Relata-se a vivência de uma enfermeira no processo de construção de seu trabalho de conclusão de Residência em um Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, de uma instituição localizada na região sul do Rio Grande do Sul. A apresentação do Vídeo Educativo foi resultado do seu trabalho de conclusão. Os processos de construção e finalização ocorreram no período de março de 2016 a janeiro de 2017, sendo organizados em quatro etapas: revisão narrativa da literatura, construção do roteiro, avaliação do roteiro pelos juízes especialistas e desenvolvimento do vídeo educativo (RAZERA, 2014).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente realizou-se a revisão narrativa da literatura com temática da quimioterapia oncológica e cuidados adotados, para assim construir o roteiro do vídeo. O mesmo foi anexado ao projeto e submetido à Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, obteve aprovação com o parecer de número 1.891.285. Posteriormente foi realizada a validação do roteiro pelos profissionais especializados em Oncologia do serviço, considerados juízes especialistas. Com o roteiro validado realizou-se uma parceria com um estúdio que se sensibilizou com o tema auxiliando na produção e edição do vídeo. Tecnologia composta por imagens, legendas, áudios e uma animação que apresentou o conteúdo ao telespectador. A narração pertenceu à enfermeira residente em tela. A duração do vídeo foi de 13 minutos. Em relação à organização do conteúdo do vídeo; primeiramente apresentou-se o propósito do vídeo, após explanou-se sobre o ambiente em que o usuário realiza o processo da terapêutica oncológica. Em segundo plano permaneceram as informações relacionadas à quimioterapia, seus efeitos colaterais e os cuidados com estes a nível ambulatorial e domiciliar. Por fim orientam-se os cuidados emergenciais e os direcionamentos do usuário aos estabelecimentos de saúde específicos. Ao término do processo de construção o vídeo foi apresentado juntamente com o trabalho de conclusão a banca avaliadora e aos convidados profissionais, residentes e acadêmicos do hospital. Assim, pode-se justificar o desenvolvimento desse Vídeo Educativo, a partir do momento em que sua utilização pode proporcionar ao indivíduo uma maior capacidade de compreensão e reprodução das informações contidas e apresentadas pela tecnologia (MOREIRA et al, 2013). Nesse sentido, os profissionais estão cada vez mais investindo no desenvolvimento de tecnologias orientadas pela teoria de auto eficácia que se resume na convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir o resultado desejado. Intervenções educativas propiciam a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre os profissionais da área da saúde e os pacientes (FURTADO, 2016). Não se pode negar a importância do trabalho pedagógico e, por conseguinte, humanizador desenvolvido na classe hospitalar. De um lado as atividades educativas no ambiente hospitalar com práticas pedagógicas interdisciplinares, fazendo uso de diferentes meios e recursos, os quais se mostram uma experiência rica e desafiadora no campo pedagógico, exigindo do profissional que lá atua uma formação mais humana e consciente do papel social que exerce (COELHO, 2015). Portanto, os recursos de informação e educação podem ser importantes transformadores da realidade, a partir da promoção da educação em saúde, além disso, facilitam a interação entre profissionais da saúde e usuários (RAZERA, 2014).

4. CONCLUSÕES

Atuando no serviço de oncologia ambulatorial, foi possível evidenciar o sofrimento relacionado aos efeitos colaterais debilitantes e ao medo da desconhecida quimioterapia oncológica. Devido a estes aspectos, muitos usuários descontinuaram o tratamento. É necessário inovar e desenvolver recursos que facilitem a transmissão das orientações e o entendimento destas.

Porém a ausência de estudos padronizados que abordem a quimioterapia e seus efeitos dificulta o desenvolvimento de materiais educativos padronizados. Destacando, também, a insuficiência de investimento das instituições em tecnologias educativas destinadas aos usuários. Estes aspectos nutrem a mitificação do câncer e de seu processo terapêutico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. São Paulo: Editora Atheneu, 4ª Ed, 2012

CASTANHA, M.L.; ZAGONEL, I.P.S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Rev Bras Enferm.** v.58,n.5, p. 556-62. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019626011/>

COELHO, M.M.F.; MIRANDA, K.C.L. Educação para emancipação dos sujeitos: reflexões sobre a prática educativa de enfermeiros. **Rev de Enf do Centro-Oeste Min.** v.5,n.2, p.350-61. 2015. Disponível em: <https://www.seer.ufsj.edu.br/Capa/R.Enferm.Cent.O.Min.VOL.5,NO2,2015/Coelho>

FURTADO, H.MS. Repercussões do diagnóstico de câncer de mama feminino. **Rev Ciência & Saúde.** v.9, n.1,p. 8-14. 2016 Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/faenfi/article/view/21813>

MOREIRA, C.B, et. al. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Rev Bras de Canc.** v.59, n.3, p.401-407. 2013 Available from: <http://www.inca.gov.br/.../10-artigo-construcao-video-educativo-sobre-deteccao-precoce-ca>.

RAZERA, A.P.R. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev Cienc Cuid Saude.** v.13,n.1, p.173-178. 2014 Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659> >.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO

SAMUEL VAREIRA FERREIRA¹; MARILU CORREA SOARES²; CAMILA NEUMAIER ALVES³; TATIANE MACHADO DA SILVA SOARES⁴ SUSANA CECAGNO⁵; GREICE CARVALHO DE MATOS⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – mukavf@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – enfermeiramarilu@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – camilaenfer@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – tatibi_tati@yahoo.com.br

⁵ Universidade Federal de Pelotas – cecagno@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – greicematos1709@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O pré-natal é preocupação constante do Ministério da Saúde, que tem investido em políticas e programas públicos e na uniformização do cuidado, enfatizando a melhoria da qualidade, segurança e humanização da assistência as gestantes (BRASIL 2012).

A gestação de alto risco é aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de comprometimento do que média da população. Trata-se de uma experiência estressante, visto que o curso normal da gravidez pode ser interrompido, repercutindo em todo o contexto familiar (BRASIL, 2012; ZAMPERI, 2011).

O cuidado direto e sistematizado de enfermagem às gestantes oportuniza um ambiente de confiança, e suporte emocional necessário para que estas manifestem suas dúvidas e apreensões. A ação educativa dos membros da equipe de enfermagem tende a diminuir a incidência de danos redutíveis e a desenvolver uma atitude responsável quanto à proteção de sua saúde da mãe e bebê (MARQUES; PRADO, 2004).

O presente estudo objetiva apresentar à visão de gestantes de alto risco no tocante a assistência de enfermagem prestada em um Hospital de Ensino em Pelotas/RS.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo e descritivo. A pesquisa qualitativa refere-se a questões singulares, das relações, das representações, das crenças e das percepções (MINAYO, 2010). No estudo descritivo, o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos sem manipulá-los (CERVO, BERVIAN E SILVA, 2007).

O cenário da pesquisa foi a Maternidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, e participaram nove gestantes de alto risco internadas em novembro de 2016. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas individuais e semiestruturadas, e foram gravadas.

A análise e interpretação dos dados foram fundamentadas na Proposta Operativa de Minayo (2010).

Este estudo respeitou a Resolução 466/12, e o Código de Ética de Enfermagem. Foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina/UFPel - registro 60555316.5.0000.5317.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo pertenciam a faixa etária entre 18 e 45 anos, tinham nível de escolaridade entre ensino fundamental incompleto e superior incompleto. Quanto à ocupação, quatro eram donas de casa, uma vendedora, uma corretora de imóveis, uma agricultora, uma empregada doméstica e uma estava desempregada. A renda familiar variou entre um a cinco salários mínimos.

Na primeira categoria abordou-se a assistência de enfermagem na visão das gestantes, e evidenciou que os profissionais criam um ambiente de confiança, possibilitando a expressão e verbalização das apreensões e dúvidas.

A essência do enfermeiro é o cuidar, processo que envolve contato próximo, denotando assistir ao ser humano nas suas necessidades, envolvendo atos, comportamentos e atitudes. Para que esse cuidado seja efetivo, o enfermeiro necessita ser empático e ofertar cuidados à gestante de forma que contemplem suas expectativas (COSTA, GARCIA e TOLEDO, 2016).

Vislumbrou-se a importância da atuação dos enfermeiros para ativa implantação de ações de cuidado e educação em saúde, sendo marcante o papel desses profissionais para o reconhecimento na equipe de saúde.

Para qualificar a assistência, as gestantes devem ser envolvidas num ambiente confiável, objetivando sua credibilidade e o atendimento conforme suas vivências, não apenas sob a ótica das doenças que as acometem.

Na segunda categoria, elencaram-se sentimentos vivenciados pelas participantes durante a hospitalização. O processo de gestar relaciona-se à experiência delas com as condições de saúde e cada uma tem formas diferentes de conviver e lidar com a situação.

O sentimento de medo pela sobrevivência do bebê foi a maior preocupação evidenciada. É comum elas expressarem temor pela vida de seus filhos, uma vez que têm consciência de que as intercorrências gestacionais poderiam gerar agravos ao bebê (ZAMPERI, 2001).

Contudo, observou-se que as participantes expressaram suas esperanças e, aguardavam ansiosas para terem seus bebês em seus braços. Esta esperança as fazia enfrentar o presente cheio de dúvidas, medos e ansiedades e as levava a acreditar em um futuro promissor. Ansiavam por voltar ao seu lar, conviver com suas famílias, retomar sua rotina e assumir seu espaço.

4. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer a visão de gestantes de alto risco sobre a assistência de enfermagem recebida. Elucidou-se que o cuidado de enfermagem neste hospital está sendo muito bom. As gestantes estabeleceram vínculos, confiança e segurança durante o tempo de internação, e apontaram a importância dos profissionais da enfermagem.

Com relação aos sentimentos expressos pelas gestantes reforça-se que os profissionais da enfermagem invistam no diálogo, para obterem melhores resultados nas suas ações, tornando a assistência de qualidade e humanizada.

Espera-se que este estudo desperte reflexões nesses profissionais, mostrando a relevância de uma assistência que valoriza os sentimentos singulares, as demandas originadas pelas gestantes e suas famílias, construindo vínculo com as mulheres, de forma que se sintam seguras para vivenciar este período crítico em sua vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 sobre pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CERVO, A.L. SILVA, R. BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Pearson Education – Br, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311 de 18 de janeiro de 2007.

COSTA, P.C.; GARCIA A.P.; TOLEDO, V.P.; Acolhimento e cuidado de Enfermagem: Um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n. 1, p. 2-7, 2016.

MARQUES, R.G. PRADO, S.R. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Revista Enferm UNISA**. v.5, p. 33-6, 2004.

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

ZAMPERI, M. F. Vivenciando o Processo Educativo em Enfermagem com Gestantes de Alto risco e seus Acompanhantes. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 22, n.1, p. 140-166, 2001.

**APP+SAÚDE: APLICATIVO GEORREFERENCIADO PARA AUXÍLIO A
GESTÃO PÚBLICA E SOCIAL**

EDUARDO ROCHA¹; JUAN MANUEL DIZ TETAMANTI²; GLAUCO ROBERTO
MUNSBURG DOS SANTOS³; NATÁLIA LOHMANN D'ÁVILA⁴; ALINE DOS
SANTOS NEUTZLING⁵; CAROLINA MESQUITA CLASEN⁶

¹PROGRAU/UFPe – amigodudu@yahoo.com.br

² Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco – amigodudu@yahoo.com.br

³PPGC/UFPe – glaucomunsborg@gmail.com

⁴FAUrb/UFPe – nathyloh@hotmail.com

⁵PNPD/UFPe – neutzling@live.de

⁶PROGRAU/UFPe – carolina.mescla@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa tem como objetivo ampliar o acesso a serviços de saúde pública utilizando ferramentas tecnológicas em benefício a programas de gestão de políticas públicas, visando desenvolver um aplicativo que facilite o atendimento à saúde pública de pessoas que vivem em comunidades rurais, e bairros vulneráveis, inicialmente nas cidades de Pelotas, Brasil e Comodoro Rivadavia, Patagônia Argentina, para posteriormente replicar o projeto a nível estadual ou nacional.

Desta forma está sendo desenvolvido um produto inovador e capaz de acrescentar melhorias ao atual sistema de gestão pública em saúde da Argentina e do Brasil. O projeto ocorre em parceria com a *Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco* (UNPSJB), que realiza a sete anos estudos na área do uso de programas e técnicas de georreferenciamento (TETAMANTI, 2014) que auxiliem a saúde pública local e, portanto, poderá fornecer informações de forma a complementar o desenvolvimento de tal projeto.

2. METODOLOGIA

O trabalho metodológico vem sendo desenvolvido, através de 6 atividades teórico-práticas, que estão descritas abaixo:

a) Revisão Bibliográfica: Buscou-se o reconhecimento de trabalhos dirigidos ao uso de georreferenciamento em auxílio a saúde pública, como os trabalhos de uso de SIGs para a construção do mapa da saúde em cidades paranaenses (MANOEL, 2010 e LISBOA MULLER, CUBAS e CORDEIRO, 2010).

b) Estudo de caso do trabalho em andamento realizado pelo Instituto de Investigações Geográficas da Patagônia.

c) Reconhecimento e avaliação de sistemas de visualização e manipulação de mapas georreferenciados disponíveis como APP, software (abreviação de *aplicacion* no inglês).

d) Desenvolvimento de um software tipo APP de caráter interativo,

colaborativo e online (LOWDERMILK, 2013) que auxilie o armazenamento de dados de uma determinada região e facilite a logística local de saúde pública.

e) Teste do aplicativo nas cidades de Pelotas, RS, Brasil e Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina e; posterior comparação entre o uso do mesmo nas diferentes regiões.

f) Transferência do resultado aos órgãos públicos interessados na aplicabilidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da revisão até agora realizada, fez-se notória a importância do uso de ferramentas de geoprocessamento que auxiliam a logística da disponibilização de recursos oferecidos pelos órgãos de saúde pública de um determinado local, o que resultou na percepção da necessidade de se produzir um aplicativo de celular, que é uma ferramenta de fácil acesso a população. Atualmente os agentes de saúde de ambos os países atuam utilizando formulários em papéis, que são preenchidos à mão e contém diversas informações sobre cada família de uma determinada região, com esse método muitas informações são perdidas e não sistematizadas.

A troca de informações que se dá em função de ser um projeto binacional é de extrema importância para o desenvolvimento do projeto, pois é possível aprender com as diferenças de pesquisa entre metodologias realizadas pelas diferentes Universidades que possuem relações distintas entre os Representantes Governamentais da área da saúde pública e a comunidade universitária, além de um diferente cenário quanto à organização cultural e social.

Para o desenvolvimento deste projeto foram necessárias diversas reuniões entre a equipe brasileira e a equipe argentina com profissionais da área da saúde a fim de que fosse desenvolvido um aplicativo capaz de atender as políticas públicas de saúde em ambos os países (Fig.1 e 2).

As missões realizadas pela equipe brasileira a argentina e vice-versa, foram fundamentais para o entendimento do problema que permeia o objetivo deste projeto (Fig. 3). Através dos encontros foi possível compreender as divergências existentes entre os sistemas de saúde e como ambas as culturas tratam a comunicação entre o meio acadêmico e os centros de saúde administrados pelos municípios. Estas informações foram cruciais para a prototipação que atendesse a ambos países e levasse questão culturais e de peculiaridades em consideração.

Dentre estas reuniões ocorreu uma análise do teste da identidade visual do aplicativo, que resultou em uma discussão sobre diversos temas relacionados ao aplicativo. A exemplo foi analisado que o agente de saúde tem um código para algumas doenças, como HIV, sífilis e hepatite, pois ainda há um preconceito relacionado as mesmas, assim, a pessoa que responde as questões do agente não se sente confortável, se é portadora de algumas destas doenças, ver o preenchimento destes dados em seu formulário. Portanto houveram algumas modificações importantes na versão inicial da identidade visual do APP, em que foi retirado o nome de algumas doenças das telas e tais nomes foram substituídos por um código para facilitar o uso do mesmo.

Para poder ser utilizado plenamente em mais de um país o aplicativo foi desenvolvido em duas línguas, se baixado no Brasil ele será carregado em português e em países que a língua oficial é espanhol, como a Argentina, o aplicativo é carregado automaticamente em espanhol.



Figura 1 e 2: Agentes de Saúde de Comodoro Rivadavia utilizando o aplicativo em teste piloto. Fonte: Arquivo dos Autores.



Figura 3: Cronograma de visitas entre os técnicos de ambos os países. Fonte: Arquivo dos Autores.

4. CONCLUSÕES

A produção do protótipo do aplicativo (Fig. 4 e 5) já foi desenvolvido, está a prova e disponível (*online*) para sua adequação (disponível em: <http://appsau.de.wixsite.com/argbr>). O teste da identidade visual do programa foi levado à Comodoro Rivadavia e analisado em diversas reuniões com profissionais de diversas capacitações a fim de resultar uma linguagem que possa ser utilizado pelos agentes de saúde e que atenda a demanda da região, com base no formulário disponibilizado pelo subsecretário de saúde da região que já é utilizado no Setor Público de Saúde da província em questão. A estimativa do projeto é de que a fase de testes ocorra até ano que vem e então o aplicativo poderá ser utilizado pelos agentes de Comodoro Rivadavia em março do ano de 2017, neste meio tempo será testado também no município de Pelotas, a fim de que o Aplicativo possa ser utilizado em ambas às regiões.

A acessibilidade as políticas sociais é concebida como parte da efetivação dos direitos sociais. Para Britos (2006) os direitos sociais tem a capacidade de desmercantilização, e o acesso aos mesmos eleva o nível de vida da população, as faz independentes e autônomas das forças do mercado. Assim, o uso de uma ferramenta tecnológica como o aplicativo APP + SAUDE poderá contribuir com a disponibilização de serviços sociais à comunidades de difícil acesso e com necessidades sociais visíveis de forma efetiva e igualitária.

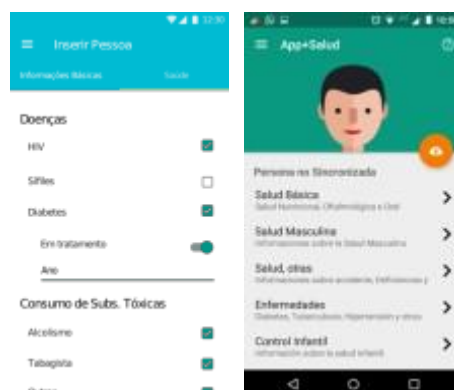


Figura 4 e 5: À esquerda a Tela do Aplicativo que foi criticada em reunião e depois alterada. À direita Tela do Aplicativo atual já alterada com as modificações indicadas. Fonte: Arquivo dos Autores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITOS, N. **Ámbito profesional y mundo del trabajo. Políticas sociales y trabajo social en los noventa.** Buenos Aires: Editorial Espacio, 2006.

LISBOA MÜLLER I, CUBAS I, CORDEIRO BASTOS. **Georreferenciamento como instrumento.** Georreferenciamento de gestão em unidade de saúde da família. En: Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2010 nov-dez, 6.

MANOEL, A. F. Uso de geotecnologia para construção do mapa da área 600 da unidade de saúde. Santos Andrade em Curitiba (PR). Em Anais da VI Semana Acadêmica de Geografia da UFPR, 2010.

TETAMANTI, J. M. D. **Hacia una geografía comunitaria: abordajes desde cartografía social y sistemas de información geográfica.** Comodoro Rivadavia: Universitaria de la Patagonia/EDUPA, 2014

LOWDERMILK, T. **Design Centrado no Usuário: um guia para o desenvolvimento de aplicativos amigáveis.** São Paulo: Novatec, 2013.

**AValiação DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (CAPSI-SUL)**

PAULA SHAKIRA ARAUJO PEREIRA¹; CLARISSA DE SOUZA
CARDOSO²; LUCIANE PRADO KANTORSKI³; MICHELE MANDAGARÁ DE
OLIVEIRA⁴; VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLO COIMBRA⁵.

¹Universidade Federal de Pelotas – paulinha.fi@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – cissascardoso@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na apresentação de uma pesquisa qualitativa aprovada recentemente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq. Trata-se de uma avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da Região Sul do Brasil.

Os centros de atenção psicossocial foram implementados por meio da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216/01 e dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento mental, modificando assim o modelo de assistência no Brasil (BRASIL, 2001; 2002). Neste sentido os CAPSi são serviços de saúde mental voltados para crianças e adolescentes com comprometimentos psíquicos, incluindo psicoses, neuroses graves e autismo (BRASIL, 2004).

Devido a implementação recente dos CAPSi, considera-se necessária uma avaliação desses serviços, desde a estrutura do local até o modo de atendimento. Devido então a necessidade de uma avaliação dos CAPSi, o principal objetivo da pesquisa apresentada então é realizar um processo avaliativo participativo e construtivista em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil que possibilite a compreensão do objeto avaliado conjuntamente com os sujeitos envolvidos objetivando a qualificação dos serviços na assistência a criança e o adolescente. Sendo assim, este projeto de pesquisa propõe-se avaliar qualitativamente os serviços de saúde mental com ênfase nos CAPSi.

1. METODOLOGIA

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “Avaliação do centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil do Estado do Rio Grande do Sul (CAPSi-Sul)”. O local de estudo para a realização da pesquisa será um CAPSi que esteja adequado as portarias que o regulamenta. Os grupos de interesse para esta avaliação de quarta geração serão os trabalhadores do CAPSi, os familiares das crianças e adolescentes que são acolhidos pelo serviço.

O processo teórico-metodológico da pesquisa se apoiará na Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S Lincoln (1985, 1988, 1989). Os instrumentos de coleta de dados serão entrevistas semi-

estruturadas que serão gravadas e posteriormente transcritas para garantir a fidedignidade das informações, além de ser necessário ter o material legítimo disponível pelo entrevistado (TRIVIÑOS, 2008). As entrevistas se originarão dos dados do grupo intersetorial (coordenadores dos serviços da rede de atenção a criança e adolescente) equipe do CAPSi, familiares de usuários do CAPSi, que foram definidos como grupos de interesse para compor o círculo hermenêutico-dialético e a observação de campo configurando-se numa etnografia prévia.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os CAPSi implementados a partir de 2002, dedicam-se ao atendimento integral de crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais graves, devem apresentar uma composição multiprofissional incluindo um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as categorias psicólogo, pedagogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e cinco profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004).

A atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes vem sendo discutida recentemente não apenas no Brasil, mas no mundo todo, e tem sido considerada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no que diz respeito à consolidação de um novo modelo de atenção para a população infantojuvenil e que tais ações levam em conta as peculiaridades e respeite seus membros como sujeitos de direitos e responsabilidades (DELFINI; REIS, 2012).

Dessa maneira é possível observar avanços favoráveis na saúde mental através da criação de serviços abertos e comunitários, mesmo sabendo que é necessária cada vez mais a melhora desses serviços, por se tratar principalmente da saúde de grupos vulneráveis, por esta razão a atenção integral à saúde mental infantil, configura-se como um problema de relevância para a saúde pública e merecedora de reflexão de todos os que estão envolvidos com a atenção integral à saúde das crianças e adolescentes (LAURIDSEN; TANAKA, 1999).

3. CONCLUSÕES

Sendo assim, esta pesquisa insere-se no contexto da reforma psiquiátrica na qual pretende avaliar qualitativamente os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis do estado do Rio Grande do Sul, visando contribuir para a construção e planejamento de políticas públicas, melhorando a qualidade dos serviços de saúde para a população com transtornos psíquicos.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216. Acesso em 12 de agosto de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM.** Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF); 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília (DF); 2004.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.357-66, 2012.

GUBA, E.G; LINCOLN, Y.S. Effective evolution. San Francisco (USA): Jossey Bass Publishers. 1998.

LAURIDSEN, E.P.P.; TANAKA O.Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 586-92, 1999. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.

CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA SISTÊMICA NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

CAMILA ALMEIDA¹; CAROLINE LOPES VASCONCELLOS²; MÁRCIA VAZ RIBEIRO³; ALINE SILVEIRA CARDOSO OLIVEIRA⁴; ROSA LÍA BARBIERI⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – almeidakk@yahoo.com.br

²ESF Vila Princesa da Prefeitura de Pelotas - carolinevaslopes@gmail.com

³Instituto Federal Sul rio-grandense - marciavribeiro@hotmail.com

⁴Kroton educacional Anhanguera Pelotas - alinesilveiracardoso@yahoo.com.br

⁵Embrapa Clima Temperado - lia.barbieri@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Também chamada de holística e ecológica, a Teoria Sistêmica é caracterizada pela visão de que as partes do universo são fortemente relacionadas ao ponto de não ser possível uma divisão hierárquica, pois a importância consiste no todo. A abordagem sistêmica percebe o mundo através das inter-relações, sendo difícil determinar a fronteira entre o ser humano e o ambiente, pois é característica essencial ao organismo a associação e o estabelecimento de vínculos com outros, seja da mesma espécie ou não (CAPRA, 2012).

Desta forma, é possível inferir que um grupo de pessoas que praticam cuidados em saúde a partir de plantas pode ser considerado um ecossistema, onde a convivência entre estas espécies ocorre simultaneamente em forma de competição e de mútua dependência. Assim, o que preserva o pleno funcionamento de um ambiente não são os organismos que encontramos naquele espaço, mas sim a complexa teia de relações existentes entre eles.

Acerca do cuidado em Enfermagem e saúde esta Teoria contribui com o reconhecimento de ações de integralidade e individualidade do ser humano, percebendo o todo que é o indivíduo e o todo no qual está inserido.

A saúde é o resultado de um equilíbrio dinâmico, que envolve dimensões físicas, emocionais e resultados de interações com o ambiente natural e social. Esse equilíbrio deve ser interpretado de forma que vivenciar a doença é uma condição para o aprendizado e crescimento. Para cuidar da saúde de alguém ou de um grupo é importante considerar o contexto em que estão inseridos, suas práticas e seus saberes. Isso permite o cuidado eficiente e contribui para um modelo de se fazer saúde menos reducionista e generalista. Pensar em um modelo de saúde holístico requer avaliar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais das pessoas (CAPRA, 2012). Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência da utilização da Teoria sistêmica na pesquisa sobre saberes e práticas em saúde de erveiros e feirantes com plantas medicinais.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva (MINAYO, 2014) foi desenvolvida em bancas populares de ervas e nas feiras de rua na cidade de Pelotas (RS), no período de agosto a outubro de 2013. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com oito informantes de seis estabelecimentos

diferentes, sendo cinco erveiros e três feirantes. Os informantes discorreram sobre suas experiências, relatando as indicações de uso e modo de preparo da *Maytenus ilicifolia*, popularmente conhecida como espinheira-santa e também de manejo conservação e colheita da planta. O local da entrevista foi no próprio estabelecimento e ocorreu após o aceite e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa obteve parecer favorável junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob protocolo nº 332.981 de 28/06/2013. Foram obedecidos os preceitos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, assim como o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a fala dos participantes os saberes e as práticas dos sistemas formal e informal em saúde se sobrepõem. As enfermidades menores podem ser superadas com um auxílio das plantas medicinais, enquanto que desequilíbrios maiores necessitarão também das terapias do sistema formal. Neste sentido, foi observado na pesquisa de campo que os sistemas são totalidades integradas, em que as propriedades não podem ser reduzidas a uma unidade menor, sendo o princípio básico a integração das partes, pressuposto desta Teoria (CAPRA, 2012).

A Teoria Sistêmica apresenta três níveis interdependentes de saúde: individual, social e ecológico. Entretanto, o que não é saudável para o individual tampouco será saudável para o social e para o ecossistema (CAPRA, 2012). Esta categorização foi observada na análise dos dados. Assim, o nível individual ocorreu quando os informantes relataram o uso das plantas para cuidar da sua própria saúde, o social quando indicaram a planta para um familiar ou cliente e o ecológico nas atividades de cuidado com a preservação do ambiente e sustentabilidade na realização da coleta.

A relatividade e a subjetividade dos conceitos de saúde e de doença estão atreladas ao contexto cultural e social em que a pessoa está inserida (CAPRA, 2012). Se os conceitos de saúde e doença podem ser distintos entre os grupos, as formas de se cuidar e os conhecimentos associados também podem ser diferentes. Entretanto, os dados deste estudo revelaram que embora existissem diferenças entre a indicação e preparo das plantas havia similaridade entre as práticas e os saberes.

4. CONCLUSÕES

A teoria dos sistemas considera que o ambiente é um organismo vivo com capacidade de adaptação e evolução. O ser humano integra este sistema e tem contínua interação, podendo modificá-lo ou modificar-se. Neste cenário, os saberes e práticas em saúde com plantas medicinais advêm de uma experiência subjetiva de interação com o grupo e com o ambiente, pode ter um teor intuitivo, mas dificilmente pode ser quantificado. Aplicar este referencial no campo da saúde foi uma oportunidade de observar inter-relação e interdependência do ser humano com o ambiente, ampliando o significado do cuidado holístico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n º 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Acessado em: 20 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2012.

COFEN. **Resolução nº. 311** de 18 de janeiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Acessado em 02 out. 2012. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>

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

**‘OUVINDO VOZES’ – REGISTRO DE UMA EXPERIÊNCIA CARTOGRÁFICA
NA RELAÇÃO COM A LOUCURA POR PAISAGENS DO SUL**

LIAMARA DENISE UBESSI¹, JOSÉ FERNANDO DO AMARAL BORGES²,
IVON FERNANDES LOPES³, LARISSA DALL’AGNOL DA SILVA⁴, AUGUSTO
LUIS MEDEIROS AMARAL⁵, VANDA MARIA DA ROSA JARDIM⁶

¹Universidade Federal de Pelotas, Faculdade Meridional e Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas AUSSMPE – liaubessi@gmail.com

²Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas AUSSMPE – paizefernando@hotmail.com

³Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas AUSSMPE – ivonlopesnaval@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – larissadallagnolto@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande – augustoamaral@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – vandamrjardim@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Escrevemos esse texto após uma jornada intensiva de trabalho na composição de músicas, articulando notas musicais, produzindo vida na cidade e retumbando pelo som dos tambores que nos guiaram por muitos caminhos cartografando loucuras por e a partir de paisagens do Sul. Então, estamos cansados. Foi longa a jornada. Mas, que importa isso à ciência? Qual o lugar da vida na ciência? E pra complicar mais um pouco, a partir de Spinoza, Nietzsche, Foucault, Deleuze, Guattari, Rolnik (ROLNIK, 2007, REBERENDO, ARÉVALO, 2015), ‘juntos(as) e misturados(as)’ (SANTOS, 2002), aprendemos que nosso corpo pensa, ‘logo existe’. E de imediato se indaga, qual o lugar na ciência para o corpo que pensa?

A ciência moderna foi construída sob o solo da razão. No contemporâneo, essa razão começa a sofrer de perturbações, a ciência entra e está em crise (SANTOS, 2002; BAUMAN, 2008), pois nem a ciência está imune à loucura como manifestações da subjetividade, que coloca em questão essa verdade hegemônica, de que para a produção de conhecimento é preciso o desenho de um mapa. A cartografia consiste no desenho de mapas, mas Deleuze e Guattari (1995) importam esse termo da geografia para transcrição, subversão de seu código originário para a interposição de outros, ou seja, a cartografia é o próprio mapa.

Esse mapa é tecido pela singularidade vivificada ao acaso. Logo nunca serão reproduzíveis os movimentos cartográficos e nem as ferramentas de sua construção serão as mesmas. Deste modo, corpos um tanto exaustos, mas que entendem a necessidade de afirmar a diferença nos modos de produção de conhecimento, nos ocupamos em narrar sobre o ‘ouvir vozes’, que foi um dos dispositivos na construção do caminho, na vivificação do existir e resistir às fabricações de pensamento de gaiola.

2. METODOLOGIA

O método utilizado para tanto é o cartográfico, uma poética de expressão dos afetos na produção do conhecimento (DELEUZE, GUATTARI, 1995; ROLNIK, 2007; PASSOS et al., 2010). E que aqui se expressa em narrativa como forma de escrever e descrever como foi se construindo o território de uma pesquisa de tese intitulada 'a loucura das águas da não indiferença na produção de diferença – uma estética de *reexistências*', no período de março de 2013 a maio de 2017, seguindo pistas, dentre uma das mesmas – 'ouvindo vozes', sobre o que se vai discorrer nesta escrita.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na perspectiva metodológica da cartografia, se constrói o caminho por pistas e se conhece pelos efeitos (PASSOS et al., 2010). Ouvir vozes foi uma das pistas no trabalho cartográfico que se indagou no meio do caminho sobre 'qual a loucura por paisagens do Sul?'. Também pelos meios do caminho, construiu um pressuposto, seriam forças de *reexistências* nas tramas da subjetividade e do biopoder no contemporâneo na relação com a loucura? Pelo meio, pois a cartografia só acontece se pelo meio, pelos entres, e não de antemão. Nessa construção do caminho, a pesquisadora era e continua sendo uma andarilha, considerando desta perspectiva de andarilhar, o nomadismo como um jeito de andar, método. Nas andarilhagens ouvia vozes. E continua ouvindo.

Eram as vozes de suas manifestações da subjetividade e as vozes enquanto tecíamos uma nova realidade. Tratava-se as vozes de pessoas que por alguns momentos de suas vidas, carregados de 'eternidade', estiveram segregadas em manicômios, e que também tiveram nas suas histórias de vida a passagem por serviços substitutivos. Essas vozes diziam que queriam visibilidade (SANTOS, 2014; SILVA, 2014). Também, que 'somos gente como a gente' (LOPES, 2015). Noutras palavras, que a afirmação que fazemos de nossa diferença como luta não pode ser sinônima de exclusão social. Outra voz diz, não há trabalho sem 'nós' na sua dobra (UBESSI, 2017). Ou seja, sem produção coletiva e agenciamentos.

E ainda outra, 'vou te dar uma paulada na cabeça' (BORGES, 2014). E deu mesmo. Doe. Mexeu com as territorialidades da 'andarilha', que se viu a rever suas cartografias, de que o manicômio não estava só nas suas estruturas, mas nas relações sociais, nas nossas manicomialidades e fascismos cotidianos, na micropolítica da vida, reproduzindo ou recusando as grandes verdades. Como que essas vozes foram algumas das pistas? Afetaram. Mas como se 'processa' isso como produção do conhecimento? O que afeta, mobiliza o corpo, o pensamento (ROLNIK, 2007). Nada mais fica no mesmo lugar. E não é no primeiro contato que se traduz o que se experimenta.

E por isso, o meio, o entre. É o que nos está virtual (PELBART, 1989). Que mexeu em nós. Que nos causa algum estar, seja mal estar, bem estar, que nos movimenta e nem sempre entendemos ou sabemos por quê (DELEUZE, 1978). Essas e outras vozes foram conduzindo a construção de um caminho em que ao mesmo tempo em que fabricávamos felicidade, pois somos exímios(as) alquimistas da razão, produzíamos liberdade em nós mesmos, nas relações, na produção da rede de saúde e de outras redes, que na micropolítica do cotidiano fossem perturbando o discurso hegemônico da loucura que ainda opera em nossos engenhos de dentro e em muitos outros engenhos em movimento na sociedade, ou seja, que há 'equivocos' nessa 'verdade' e que de fato é a loucura que tem o saber sobre 'si mesma' e não o contrário (FOUCAULT, 1978).

4. CONCLUSÕES

Por fim de muitos inícios, foi ouvindo vozes, as que se manifestaram sem autorização de si, mas principalmente, das pessoas que foram ditas como loucas pelo peso dos diagnósticos e das instituições, que se escreveu uma tese, a partir de uma análise de implicação com o que se ouviu das vozes e que se intitula 'A loucura das águas da não indiferença na produção de diferença – uma estética de reexistências', como expressão dos afetos, de corpos que pensam, que perturba o solo da verdade hegemônica sobre a loucura e formas de produção de conhecimento, afirmando que há espaço aos corpos que pensam, de que há razões que a própria razão desconhece e que cada vez mais possamos nos lançar nessa produção imbricada com a vida. Registra-se que também participaram na construção deste texto Uilson Admar dos Santos e Marcos Aurélio Matos Lemões.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUMAN, Z. **Vida para consumo** – a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BORGES, J.F.A.. Conversas nas caminhadas pela área central na cidade de Pelotas, após um dos encontros do grupo Musical Los Lokos. 2014.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs** - capitalismo e esquizofrenia. V.1. Trad. Aurélio Guerra neto e Celia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- DELEUZE, G. **Spinoza**. Aula de 24 de janeiro de 1978. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/169848313/Deleuze-Spinoza-Aula-ideia-e-afeto-24-01-1978>> . Acesso em 28 de jul. de 2017.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LOPES, I.F. Conversas na Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas – Aussmpe. Registrado em diário de campo. 2015.

PELBART, P. **Da clausura do fora ao fora da clausura:** Loucura e desrazão. São Paulo: editora brasiliense, 1989.

REBERENDO, F.; ARÉVALO, L. **Esquizoanálisis?** Disponível em: <<http://www.esquizoanalisweb.com/#!qu-es-el-ezquizoanlisis/cdfz>> . Acesso em: 16 abr. 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Sulina/UFRGS; 2007.

SANTOS, B.S.. **Um discurso sobre as ciências.** 13ª ed. Porto: Afrontamento, 2002.

SANTOS, U. Conversas nos encontros e ensaios musicais do grupo Los Lokos e em reuniões da Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas – Ausmpe. Registrado em diário de campo. 2014.

SILVA, V.P. Conversas nos encontros e ensaios musicais do grupo Los Lokos e em reuniões da Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas – Ausmpe. Registrado em diário de campo. 2014.

UBESSI, L.D. Voz ouvida concomitantemente ao processo de escrita da tese de doutorado em Ciências: práticas sociais em saúde e enfermagem. Maio de 2017.

TRABALHOS EIXO 1

**(IN) DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS EM UMA
UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

BIBIANE MOURA DA ROSA¹; BARBARA TAROUÇO DA SILVA²;
FRANCIELLE GARCIA SENA³; VANESSA SOARES MENDES PEDROSO⁴;
BRUNA SILVEIRA DE ALMEIDA⁵; MARIANA MOTTA VIGHI⁶

¹ FURG- bibianemoura1@hotmail.com

² FURG- barbarataroucos@gmail.com

³ FURG- fran.garciasena@gmail.com

⁴ FURG- vanessasoaresmendes@gmail.com

⁵ FURG- bruna_s_almeida@hotmail.com

⁶ UCPEL- marivighi@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é uma realidade, a proporção de idosos brasileiros aumentou 9,1% em 1999. Já em 2012, os idosos constituíram 11,5% da população global, superando a população de idosos de países como França, Inglaterra e Itália. Esse aumento ocorreu de forma mais significativa entre idosos mais idosos. Tais modificações na estrutura etária da população requerem mudanças na política e na organização social para que possa atender as novas demandas. A revolução demográfica brasileira é uma conquista e um desafio para os gestores públicos porque é relevante que haja investimentos na promoção da autonomia e saúde dos idosos, bem como em atender as necessidades vindas com o processo do envelhecimento (MINAYO, 2012).

A medida que a idade avança, crescem as possibilidades de haver limitações na funcionalidade. As incapacidades são um importante critério de fragilidade em idosos, a fragilidade é um fenômeno clínico caracterizado como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações futuras em sua saúde, o que torna esta condição um importante problema de saúde pública.

As novas necessidades dos idosos se apresentam de forma diferente como, por exemplo, estar mais propenso a ser acometido por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a fazer uso de polifarmácia e a sofrer quedas, o que pode torná-lo dependente de cuidados ou até incapaz de prover seu próprio cuidado, o que afetaria a execução das atividades de vida diária, sendo elas básicas ou instrumentais (BRASIL, 1994).

Ainda em relação ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa, há a recomendação que seja estabelecido critérios que possam identificar, nesta população, usuários fragilizados, com a finalidade de retardar, ou amenizar as complicações devido as fragilidades que sejam identificadas (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a utilização de instrumentos que auxiliem a prática profissional permite ao enfermeiro verificar a funcionalidade dos idosos, auxiliando no diagnóstico de comunidade, utilizando os resultados para direcionar ações que poderão contribuir para a promoção da saúde dos idosos. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem é indispensável na promoção da independência, para tanto é necessário avaliar o comprometimento funcional desses idosos (SANTOS; PAVARINI, 2011). Para tanto, foram **objetivos** deste

estudo: verificar o nível de (in) dependência na execução das atividades de vida diária (AVDs); verificar o nível de (in) dependência na execução das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e descrever as doenças crônicas mais prevalentes nos idosos.

2. METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, quantitativo, realizado nos domicílios dos idosos, no período de março de 2015 a janeiro de 2016. A amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência, assim foram selecionados para o estudo 109 idosos cadastrados na Unidade de Estratégia de Saúde da Família, sendo que houveram 19 perdas devido a óbitos, totalizando a amostra com 90 idosos. Aplicou-se um formulário estruturado, por meio de entrevista contendo a caracterização dos participantes, Índice de Katz que avalia a independência, parcial dependência ou total dependência para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD's) relacionadas ao autocuidado como por exemplo, alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações e Índice Lawton e Brod a qual avalia as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) indicando a capacidade do indivíduo de viver independente dentro da comunidade onde reside. Engloba atividades que exigem mais do idoso, sendo elas o preparo das refeições, a realização de tarefas da casa como lavar roupas, tomar os medicamentos por conta própria, tomar conta das próprias finanças, utilizar transportes públicos, fazer uso de telefone. Os dados foram agrupados para tratamento descritivo. O projeto de pesquisa teve parecer favorável do CEP, sob o número 1361210/2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve o predomínio do sexo feminino (61%), idade entre 60-69 (53%), viúvos (48%), aposentados (90%). Na realização das atividades básicas de vida diária (88%) apresentaram-se independentes; apenas 11 (12%) apresentavam alguma dependência para a realização das atividades básicas de vida diária. Dentre as atividades básicas de vida diária (ABVD's), houve uma maior dependência para a função continência urinária (11%). Quanto as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), houve maior dependência para o uso dos meios de transporte (17,8%). Referente as morbidades dos idosos pesquisados, verificou-se que 92,1% apresentaram entre uma ou mais morbidades e, apenas 7,9% não apresentou nenhuma morbidade. Dentre as morbidades citadas pelo idosos, a hipertensão arterial obteve a maior prevalência, em média 59,6%, a seguir vieram as neoplasias, em torno de 40,5%, a diabetes mellitus tipo 2 com um percentual de 37,1%, a artrose apresentou 16,9%, e, por fim, as cardiopatias com uma média de 9,0% das situações crônicas de saúde. Constatou-se nessa pesquisa que houve prevalência maior de dependência na realização das AIVD's, sendo o uso de meio de transporte a atividade em que os idosos se mostraram mais dependentes, esse resultado pode ser esperado, pois outros estudo comprovam que ocorre primeiramente a perda da capacidade para as atividades instrumentais de vida diária de forma hierárquica.

4. CONCLUSÕES

Os achados dessa pesquisa podem colaborar com outros estudos realizados na área e, principalmente, com a prática do enfermeiro diante a realidade da problemática que o declínio na funcionalidade pode trazer, como por exemplo a perda da autonomia, assim o estudo poderá proporcionar uma maior reflexão e embasamento para o desenvolvimento do cuidado prestado aos idosos.

Para os idosos e comunidade em geral, este estudo pode ser fonte de motivação, pois acredita-se que a partir desses achados os profissionais sintam-se mais capacitados para atender suas demandas, sanar dúvidas e promover a prevenção do declínio da funcionalidade destes indivíduos, elevando os níveis de qualidade de vida e saúde da população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 1 mai. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**: envelhecimento e saúde da pessoa idosa – n 19, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Caderno saúde pública**. v. 28, n.2, p. 208-09, 2012.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S.C.I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 520-6, 2011.

ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOÇÃO DE ÓRGÃOS NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES EM SAÚDE: REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DE ESTUDOS QUALITATIVOS

GLAUCIA JAINE SANTOS DA SILVA¹; EDUARDA ROSADO SOARES²;
CAMILA CHAGAS DE LEON³; JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – glauciajaine@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – eduardarosado@bol.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – camila69leon26061979@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – juzillmer@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A doação de órgãos hoje representa uma importante alternativa para os pacientes com doenças terminais que buscam a reabilitação e melhora na qualidade de vida. Nas últimas décadas o Brasil vem destacando-se por seu desenvolvimento crescente na área de doação e transplante de órgãos e tecidos. No ano de 2015, o país alcançou a posição 27º, com 14.1 (pmp) em número de doadores efetivos, porém ainda distante quando comparado a Espanha com 39.7 (pmp) (ABTO, 2016). Entre as barreiras que interferem no processo de doação e parece contribuir para a negativa da doação, está a abordagem profissional para a entrevista familiar (PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013). Inúmeros são os estudos quantitativos sobre o tema, porém quando se trata de estudos qualitativos, ainda são insuficientes os que abordam a entrevista familiar para a doação na perspectiva dos profissionais de saúde. Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliométrica dos estudos qualitativos acerca da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos na perspectiva dos profissionais de saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliométrica a partir de estudos qualitativos publicados na área da doação de órgãos que abordaram o tema da entrevista familiar realizada pelos profissionais de saúde. Tal revisão busca mensurar e avaliar as variáveis estatísticas de determinada produção científica a fim de qualificar o desenvolvimento da ciência (ARAÚJO; ALVARENGA, 2011). Incluiu-se como critérios de inclusão estudos qualitativos nacionais e internacionais, que utilizaram como participantes profissionais de saúde e que tratavam sobre a entrevista familiar; excluiu-se artigos de revisão, quantitativos, editoriais, de reflexão e realizados com familiares. Não foi delimitado período de publicação. A busca foi realizada no período de junho a julho de 2017 nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs*, *Pubmed* e *Sage Journals* com o cruzamento dos descritores “Obtenção de tecidos e órgãos”, “relações profissional-família” e “entrevistas” advindos dos Descritores em Ciências da Saúde. Foram encontrados 3460, sendo selecionados 106 e resgatados 14 artigos que compuseram o presente trabalho. Para a bibliometria foram utilizados três indicadores: indicador de desempenho dos autores, das revistas

edos artigos. O conjunto dos dados obtidos a partir dos indicadores foram organizados em uma planilha do Excel e posteriormente analisados com o software *Stata* mediante estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os três indicadores que caracterizam os estudos encontrados.

Indicador de desempenho dos autores

Quanto as instituições dos autores as quais pertencem o maior número esta com a Universidade de São Paulo com 4 (28.57%) estudos, seguida da Universidade de São Camilo, Universidade de Bergen e Apsala ambas com 2 (14.29%). Quanto a colaboração Institucional, 8 (57.14%) foram realizados dentro da mesma instituição, 5 (35.71%) colaboração nacional e 1 (7.14%) colaboração internacional. Do total 11 (78.57%) foram realizados no Brasil, 2 (14.29 %) na Noruega e 1 (7.14 %) na Austrália. A partir disso, constatou-se que ainda são poucos os estudos com colaboração internacional, as quais são fundamentais para a visibilidade do tema enquanto conhecimento científico produzido (COELHO; VAZ; ALBUQUERQUE, 2014).

Indicador de desempenho das revistas

As duas revistas científicas com o maior número de estudos, foram *Pesquisa Cuidado Fundamental Online* e *Escola Paulista de Enfermagem* com 2 (14.29) artigos cada, seguida pelas revistas *Arquivos de Ciência da Saúde UNIPAR*, *Revista Bioética*, *Enfermería Global* e *Revista Latino-americana de Enfermagem* com 1 (7.14%). Tais revistas apresentam os respectivos fatores de impacto 0,522, 1,441, 0,1803, 0,833 e 1,382. Evidencia-se que as revistas com maiores publicações sobre a temática apresentam baixo a médio fator de impacto, nesta pesquisa não foi encontrado o fator de impacto para a revista *Arquivos de Ciência da Saúde UNIPAR*. Segundo Milton, *et al* 2009 essa evidência apresenta-se como preocupante para o desenvolvimento das pesquisas, visto que representam uma baixa qualidade do material publicado. Enquanto a área de conhecimento das revistas 8 estudos (71.49%) são da enfermagem e 6 (14.29%) ciências da saúde. Em relação ao tema do estudo ambos 14 (100%) trataram sobre a doação e transplante de órgãos. Evidencia-se uma escassez de publicações em revistas de caráter médico e de outras áreas, ficando restrita a produção sobre o tema. Para o idioma de maior publicação 8 (57.14) artigos em português, 5 (35.71%) artigos em inglês e 1 (7.14) em espanhol. Para o período das publicações, os quatorze estudos analisados estão entre 2000 a 2017, 2 (14.29%) realizados em 2006, 2 (14.29%) em 2012 e 2 (14.29%) em 2014 e 1 (7.14%) para cada ano restante.

Indicador de desempenho dos artigos

A maior parte dos estudos encontrados foram realizados no Brasil, 11 (78.57%), 2 (14.29) na Noruega e 1 (7.14%) na Austrália. Apesar do Brasil apresentar a maior produção nesta revisão, a Noruega e Austrália se destacam enquanto políticas públicas sobre o tema (FARO, 2010). Dos estudos analisados 3 (21.43%) apresentavam pergunta de pesquisa, 5 (35.71%) abordaram como unidade de análise a compreensão seguido de 4 (28.57%) significado. Como referencial teórico 6 (42.86%) utilizaram a fenomenologia, 4 (28.57%) não mencionaram, 3 (21.43%) utilizaram fenomenologia e hermenêutica em conjunto e 1 (7.14%) hermenêutica. No

entanto nenhum destes mencionaram o tipo de desenho estudo. Para a coleta de dados 12 (85.71%) utilizaram entrevistas como técnica de coleta e 2 (14.29%) não mencionaram. A partir dos achados, evidencia-se que uma considerável parcela da produção científica é marcada pela ausência do rigor metodológico. A falta de clareza no método coloca em dúvida a qualidade dos estudos (DESLANDES; IRIART, 2012).

Dentro desse contexto identificou-se que 7 (50%) foram realizados com enfermeiros, 6 (42.86%) com profissionais de saúde em geral e um (7.14%) com médicos. Para o local dos estudos, aparecem 7 (50%) em Comissões Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e 7 (50%) em hospitais gerais. Analisando os participantes pesquisados evidencia-se que a enfermagem é o foco de pesquisa na maior parte dos estudos, fato que parece estar atribuído a assistência realizada aos cuidados ao paciente e famílias. No entanto, pouco tem-se pesquisado outros profissionais de saúde dentro dessa temática. Outro fato identificado nesta pesquisa foi a escassez da utilização de softwares para o gerenciamento dos dados, sendo que apenas 1 (7.14%) mencionou utilizar a ferramenta. Um fato que pode atribuir a não utilização, é que essas ferramentas, em sua maioria, são em inglês e de difícil manuseio, o que pode levar os pesquisadores a não utilizá-las (GONÇALVES, 2016).

Quanto a análise de dados, aparecem de conteúdo eideográfica em 4 (28.57%) estudos cada um, 3 (21.43%) narrativa, 2 (14.29%) fenomenológica e 1 (7.14%) discurso do sujeito coletivo. Ao avaliar as propostas sugeridas pelos estudos, 6 (42.85%) relacionadas a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, 3 (21.43%) algum tipo de intervenção, 3 (21.43%) não mencionaram propostas e 2 (14.29%) humanização. Nesse sentido, constata-se que na maior parte dos estudos, a capacitação profissional para a abordagem familiar parece ser uma necessidade emergente, visto que muitos profissionais de saúde enfrentam dificuldades em realizá-la.

4. CONCLUSÃO

Constatou-se que os estudos qualitativos na área de doação e transplante de órgãos, em se tratando da entrevista familiar, ainda são insuficientes. Frente ao encontrado, se faz necessário maior investigação sobre a temática, considerando rigor teórico metodológico, atores envolvidos e distintos contextos de investigação, visto que a entrevista familiar representa um desafio aos profissionais de saúde na obtenção de órgãos e tecidos para transplante.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO).
Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo, 2016.

ARAÚJO, R.F; ALVARENGA, L. A BIBLIOMETRIA NA PESQUISA CIENTÍFICA DA PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA DE 1987 A 2007. **Revista Eletronica de Biblioteconomia e Ciencia da Informação de Florianópolis**, v. 16, n. 31, p. 51-70, 2011.

COELHO, M.A; VAZ, L.G.N; ALBUQUERQUE, E.S. A Rede de Colaboração Científica das Instituições de Ensino e Pesquisa do Amazonas. **T&C Amazônia**, s.v, s.n, 2014.

DESLANDES, S.F; IRIART, J.A.B. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2380-6, 2012.

PESSOA, J.L.E; SCHIRMER, J; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Associação Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 4, p. 323-30, 2013.

RUIZ, M.A; GRECO, O.T; BRAILE, D.M. Fator de impacto: Importância e influência no meio editorial, acadêmico e científico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, s.v, s.n, 2009.

A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADULTOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: NOTA PRÉVIA

MARIA DENISE SCHIMITH¹; MARTA REGINA CEZAR-VAZ²; DAIANI MODERNELO XAVIER³; LETICIA SILVEIRA CARDOSO⁴

¹Universidade Federal de Santa Maria – ma.denise2011@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – cezarvaz@vetorial.net

³Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – daiamoder@gmail.com

⁴Universidade Federal do Pampa - leticiacardoso@unipampa.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O objeto desta proposta de pesquisa é a comunicação como processo de compartilhamento de informações para compreender os instrumentos operacionais no cuidado a crianças e adultos com doença crônica em Unidades de Saúde da Família. A comunicação, ao envolver o sistema de compartilhamento utilizado por seres humanos, busca acessar e divulgar informações. A finalidade da interação informacional é materializada, simbolicamente, na dinâmica de conversas, gestos ou mesmo de mensagens trocadas entre pessoas. Neste processo, é preciso capturar, interpretar e mediar os conteúdos para que os ruídos e conflitos intrínsecos a sua materialização sejam minimizados. (CARDOSO; CEZAR-VAZ; SILVA; COSTA, 2011).

As doenças crônicas podem ser transmissíveis e não transmissíveis. A causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013) são as doenças crônicas não transmissíveis. Estas são responsáveis por 63% das mortes mundiais ocorridas em 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No Brasil atingiram 72,7% dos óbitos em 2011, causados principalmente por doenças do aparelho circulatório (30,4%), neoplasias (16,4%), diabetes (5,3%) e doenças respiratórias (6,0%) (MALTA et al., 2015). Originam, assim, um impacto oneroso à economia do país, relacionado aos gastos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2013).

Na infância a prevalência de doenças crônicas varia amplamente. No Brasil, 9,1% de crianças de 0 a 5 anos, 9,7% de 6 a 13 anos e 11% de adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa etária tem doença crônica, entre elas destacam-se os problemas respiratórios, o diabetes e a obesidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Partindo dessas justificativas, apresenta-se como objetivo geral do estudo compreender a comunicação no processo de trabalho na ESF para operar a atenção a crianças e adultos com doenças crônicas.

2. METODOLOGIA

Investigação multicêntrica que será operacionalizada por professores e acadêmicos de duas universidades federais: Universidade Federal do Rio Grande - FURG e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Construída com caráter exploratório, descritivo-analítico, transversal ao processo comunicacional desenvolvido por profissionais de saúde de unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os participantes protagonistas serão enfermeiros e médicos, composto do total de médicos e enfermeiros da ESF dos dois municípios, ou seja, 33 enfermeiros Rio Grande, 16 enfermeiros Santa Maria, 33 médicos Rio Grande e 16 médicos Santa Maria, totalizando 98 participantes. Realizar-se-á a triangulação das técnicas de coleta de dados para se investigar o processo comunicacional, sobre diferentes ângulos (FIGARO, 2014). Iniciar-se-á pela técnica de entrevista semiestruturada gravada. Na sequência, far-se-á um levantamento documental, de acordo com um roteiro sistematizado. Para finalizar, será realizada observação sistemática, não participante, pública e em situações naturais da comunicação no processo de trabalho nas ESF dos dois municípios.

Os dados serão organizados para o software NVivo, versão 10 e implementar-se-á análise qualitativa temática para a categorização dos dados conforme objetivos especificados (SILVERMAN, 2009). Os aspectos éticos serão respeitados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto está sendo analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/ FURG), após a aprovação será iniciado a coleta no município de Rio Grande/ RS. Considerando-se que o processo comunicacional constitui-se num dos principais instrumentos articuladores do exercício profissional na área da saúde da rede básica, espera-se problematizar as implicações que representa para os trabalhadores. Com isso, contribuir para a mobilização de relações interpessoais, de modo verbal e/ou não verbal, que poderá facilitar o sentido de responsabilidade e de resolutividade no processo (SILVA, 2010).

4. CONCLUSÕES

Compreender, por meio do processo comunicacional, a atenção a crianças e adultos com doenças crônicas na ESF, centrado no sistema de compartilhamento, possibilitará a implementação de tecnologias comunicacionais que fortaleçam o eixo promotor de saúde integral. O aprofundamento teórico e metodológico será uma das contribuições deste estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 28, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doenca_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CARDOSO, L.S. et al. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. **Rev Latino Am Enferm**; v.19, p.396-402, 2011.

FIGARO, R. The methodological triangulation in research on the communication in the world of work. **Fronteiras – estudos midiáticos**, v.16, n.2, p.124-131, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE, 2010.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 152, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis**. Washington, DC: OPAS, set./out. 2013.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7ªed. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

SILVERMAN, D. **Interpretação de Dados Qualitativos**. Artmed, São Paulo 3ªed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases country profiles 2011. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 152, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

EMPREGO DA TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA NO ESTUDO DA AMBIÊNCIA EM PEDIATRIA

JULIANE PORTELLA RIBEIRO¹; GIOVANA CALCAGNO GOMES²; FABIANE VOSS KLEMTZ³; BRUNA BUBOLZ DE OLIVEIRA⁴; MARINA SOARES MOTA⁵; TATIANE MACHADO DA SILVA SOARES SOARES⁶.

¹Universidade Federal de Pelotas – ju_ribeiro1985@hotmail.com

²Universidade Federal de Rio Grande – giovanacalcagno@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – fabianeklemtz2010@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – bruna-bbo@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Rio Grande – msn.mar.gro@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas - tatibi_tati@yahoo.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Trabalhar a ambiência em pediatria mostra-se relevante no contexto atual, tendo em vista que devemos preconizar a assistência calcada nos princípios da humanização, que demandam a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do profissional de saúde, da criança e da família. Considerando que a humanização envolve processos complexos que são influenciados pelo contexto em que ocorre, a pesquisa da ambiência em pediatria pode beneficiar-se se utilizar múltiplos métodos para abordar os diversos aspectos envolvidos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Nesse sentido, a triangulação metodológica na pesquisa qualitativa desponta como forma de oferecer um quadro mais completo acerca de um fenômeno (o que as pessoas pensam de alguma coisa e como agem em relação a ela), uma vez que combina diferentes abordagens que possibilitam um excedente principal de conhecimento (FLICK, 2009). O presente trabalho tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa intitulada “A ambiência como ferramenta de humanização da unidade de pediatria: contribuições da enfermagem”, destacando o emprego da triangulação metodológica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Realizada com familiares das crianças internadas, profissionais e gestores de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nas unidades de pediatria de dois Hospitais Universitários por meio da triangulação metodológica.

A triangulação metodológica na pesquisa qualitativa é construída a partir de, pelo menos, dois pontos. Portanto, somente tem sentido se as abordagens combinadas abrirem diferentes perspectivas (por exemplo: conhecimento e prática), introduzirem uma nova dimensão (interação de grupo versus entrevistas individuais), começarem de níveis diferentes (imagens versus dados verbais) ou se a aquisição potencial de conhecimento for sistematicamente ampliada em comparação com o método único (FLICK, 2009).

Nessa pesquisa, a triangulação começou de níveis diferentes, utilizando imagens e dados verbais obtidos através de fotos do ambiente das Unidades de Pediatria, da foto-elicitación e de entrevistas semiestruturadas, respectivamente (Figura 1).

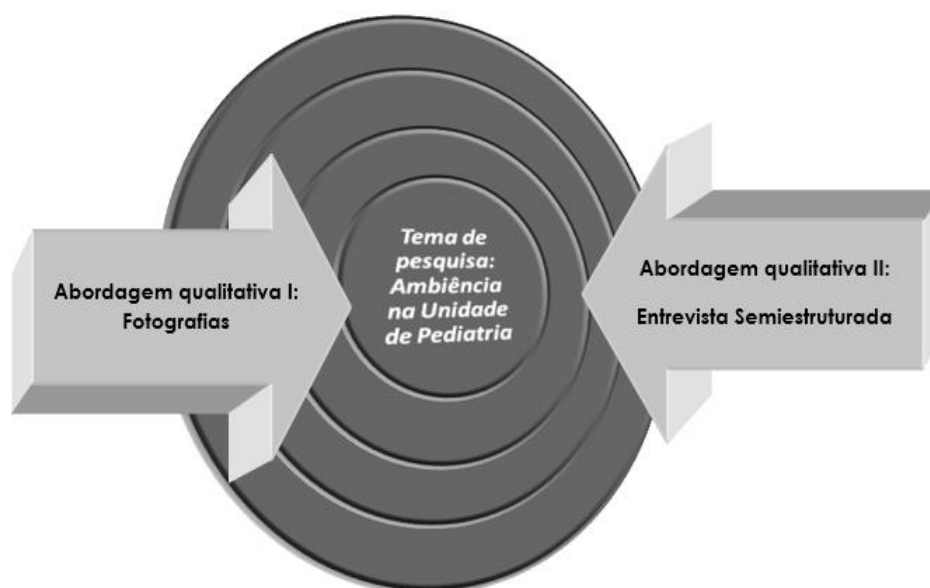


Figura 1- Triangulação metodológica na pesquisa qualitativa: uso de diferentes abordagens.

Os resultados foram organizados e tratados pelo *software Nvivo 10* e, posteriormente, analisados e categorizados conforme a Análise Temática (MINAYO, 2007).

Os preceitos éticos da realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Considerando que, eventualmente, os sujeitos da pesquisa foram fotografados durante a coleta de dados, as implicações éticas e legais que envolvem o uso da imagem foram trabalhadas no TCLE observando-se a Constituição Federal, em seu artigo 5º, incisos X e XXIII, e Código Civil em seu artigo 11 e seguintes. Além disso, o anonimato dos sujeitos participantes foi preservado por meio de editor de imagem que possibilitou desfocar os rostos das fotos, tirando sua nitidez. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 31172914.6.0000.5324, sob Parecer nº 85/2014 (BRASIL, 2012; LEMOS, 2013).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso da fotografia, inicialmente, possibilitou captar um registro mais detalhado do real (Figura 2), como o espaço físico, os gestos das pessoas, seus trajes e posturas, reduzindo possíveis distorções ou julgamentos a que poderiam estar sujeitas se descritas apenas pela fala dos sujeitos da pesquisa ou descrita pelo pesquisador (SARTORIO, 2011).



Figura 2- Enfermaria da Unidade Pediátrica de um dos hospitais pesquisados.

No segundo momento, utilizou-se a entrevista semiestruturada, pois esta abordagem permite que o entrevistador coloque-se o mais próximo possível da perspectiva do sujeito entrevistado, assim, acessando o sentido subjetivo dado a ambiência (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; FLICK, 2009), conforme expresso na fala do Familiar 1:

A única coisa que tem que ser confiscados lá dos quartos são aqueles negócios que fizeram em cima das camas, para colocar as bolsas. De repente até colocar um armariozinho do lado da cama ficaria melhor, porque as vezes ele está deitado e tem que subir na cama. Também, é um perigo, porque fica em cima da cabecinha deles. Se cair alguma coisa pesada, aí complica (Familiar 1).

Por fim, ocorreu o emprego da fotografia por meio da foto-elicitación, que trata-se de uma abordagem que tem por objetivo utilizar fotografias no decorrer de uma entrevista semiestruturada para evocar comentários, memórias e discussões. A Figura 2 em conjunto com a fala do Familiar 2 explicitam o potencial do uso da foto-elicitación para retratar a complexidade da maior quantidade de elementos da realidade, como espaço, movimento, sentimento e subjetividade, auxiliando na identificação ou verificação dos principais problemas relatados pela pessoa, inclusive trazendo à tona determinados aspectos mais difíceis de serem explicitados (SALVAGNI; SILVEIRA, 2013).



Figura 3 - Enfermaria da Unidade Pediátrica de um dos hospitais pesquisados destacando os aspectos elencados pela foto-elicitación.

Eu acho um perigo aqueles armários que nem armário é. É uma prateleira que tem em cima da cama das crianças com dois parafusos que tá arriscando a cair em cima da criança, eu fiquei com medo (Familiar 2).

Os ambientes retratados nas fotografias e o uso da foto-elicitación possibilitaram a compreensão de generalidades e subjetividade, aumentando tanto a quantidade, como a qualidade das informações. Capturando associações de experiências dos participantes, evocando elementos mais profundos da consciência humana, com uma resposta que leva a conhecimentos distintos, do que seria possível apenas com as palavras (SARTORIO, 2011).

4. CONCLUSÕES

Em conjunto, a fotografia e a entrevista se complementam. O detalhe de cada imagem associado ao conjunto de dados verbais tecem o texto e o contexto, tornando seus fios mais densos e melhor tramados na medida em que a fotografia serve de apoio a fala do sujeito, inserindo conteúdo onde não há palavras e facilitando a produção de sentido. Além disso, possibilitou a descrição de elementos imperceptíveis pela análise das falas, mergulhando o pesquisador no universo simbólico das representações dos ambientes onde estas falas foram produzidas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº466. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

FLICK, W. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEMO FILHO, O. A normatização do direito de imagem e suas limitações. **Âmbito Jurídico**, XVI, n. 108, 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12670>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, 2004.

SALVAGNI, J.; SILVEIRA, M. A. N. Discursos Imagéticos: a fotografia como método da pesquisa social. In: II Encontro História, Imagem e Cultura Visual, 2013, Porto Alegre. **Anais Eletrônicos**. Porto Alegre: PUC, 2013.

SARTORIO, N. A. **Potencialidades e limitações do uso da fotografia na pesquisa qualitativa de enfermagem**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

A DIFICULDADE NO ACOLHIMENTO COMO BARREIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DIENIFER FORTES DA FONSECA¹; SILVANA DE OLIVEIRA SILVA²;
SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA³; LIDIANA BATISTA TEIXEIRA
DUTRA SILVEIRA⁴; GRAZIELE PORTELLA DA FONSECA⁵; JORDANA
LOPES CARVALHO⁶

¹Universidade Federal de Santa Maria – dieni_ff@yahoo.com.br

²Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai-URI e das Missões–
silvanaoliveira@urisantiago.br

³Universidade Federal de Santa Maria- suzibslima@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal de Santa Maria- lidianadutrasilveira@gmail.com

⁵Universidade Federal de Santa Maria-grazieleportelladafonseca@gmail.com

⁶Universidade Federal de Santa Maria-dana.lopes@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O SUS, instituído pela Lei Nº 8.080/90 propõe que as ações em saúde estejam ancoradas nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Desde então, evidencia-se inúmeras iniciativas para a efetivação desse sistema, dentre elas destaca-se a reorientação da atenção primária com a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, instituída em 1994, tem por finalidade, entre outras, garantir aos usuários acesso à saúde de forma integral e efetiva.

Nessa premissa, destaca-se como fundamental, nesse espaço de atenção à saúde, a utilização de tecnologias leves como o acolhimento. Esse é um recurso de cuidado fundamentado em um leque de saberes e práticas para a atenção do ser humano em sua totalidade, ou seja, suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades (SOUZA, 2011). Assim, o acolhimento propõe, principalmente, a reorganização da assistência no sentido de garantir o acesso universal, a resolubilidade e o atendimento humanizado (BRASIL, 2011).

Portanto, acredita-se que a identificação e caracterização da demanda de usuários darão aos gestores e equipes de saúde subsídios para a articulação e implementação de estratégias para qualificar a assistência na atenção à saúde dos usuários. Nesta conjuntura, questionou-se o que determina a demanda de usuários, pertencentes às Estratégias de Saúde da Família no Pronto Socorro do municipal do interior do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil?

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo exploratório, realizada em uma unidade de Pronto Socorro situado em um município de médio porte no Estado do Rio Grande do Sul-Brasil. Para a seleção dos sujeitos foram utilizados os critérios de inclusão: usuários residentes em territórios pertencentes às unidades da Estratégia de Saúde da

Família com idade superior a 18 anos, disponibilidade, interesse em participar da pesquisa. Como critérios de exclusão: o usuário que chegasse à unidade e fosse detectado clinicamente como urgência e emergência, ficasse internado em observação e que fosse encaminhado formalmente por ESF ou Unidade Básica de Saúde. O critério “pertencer a uma unidade da ESF” se justificou por considerar que o usuário teria disponível o serviço de atenção primária, próximo à sua residência, e excluir o participante que necessitasse de internação ou fosse encaminhado por outros serviços, confirmando a necessidade de atendimento de urgência e emergência. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada com 13 sujeitos. O número de participantes se deu por meio de saturação ou repetição de dados, ou seja, quando a busca por novos sujeitos não acrescentou dados novos à pesquisa (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012). As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada do pronto socorro, que garantiu a privacidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas para assegurar a realização da análise do material obtido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Santiago sob número do CAAE:33496114.3.0000.5353.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente resumo é um recorte da pesquisa o qual destaca: A dificuldade no acolhimento como barreira na Atenção Primária à Saúde. Quando questionados sobre os principais motivos da escolha de procurar o Pronto Socorro os participantes relataram que obtiveram uma experiência negativa ao procurar as unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), relacionando-a a falta de diálogo entre profissionais e usuários, assim como a desvalorização dos aspectos sociais dos participantes. Possivelmente, isso tenha ocorrido porque os profissionais aprisionam-se em normas e rotinas da unidade, não produzindo, por esse motivo, uma energia transformadora capaz de produzir relações satisfatórias entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários (GARUZI et al., 2013). Esse aprisionamento do processo de trabalho anula “sujeitos autênticos”, trabalhadores individuais e coletivos, criando-lhes certa “cegueira institucional”, impedindo sua ação consciente, tornando-os sujeitados ao invés de sujeitos do seu próprio processo de trabalho (MERHY; FRANCO, 2003).

Acredita-se ainda que isso ocorra quando o foco e a ação estão apenas sobre o corpo biológico que, por conseguinte, acarreta em escuta empobrecida e procedimentos vazios de interesse no outro (MERHY; FEUERWERKER, 2003).

Vale destacar que o profissional da saúde pode produzir uma assistência de duas formas. A primeira centrada no usuário como um objeto, quando nega que cada pessoa é única e possui saberes diferentes, e assim, produz cuidado que não reconhece o usuário como gestor legítimo de sua vida própria. A segunda reconhece as necessidades dos usuários, seus desejos, valores, saberes e potências, para compreender a singularidade da situação vivida (MERHY; FEUERWERKER 2003).

Nesse estudo identificou-se uma postura profissional balizada pela primeira opção.

Para superar a primeira forma de produzir a assistência, é imprescindível reconhecer o sujeito como coparticipante na produção de sua saúde para assim, produzir um plano de cuidados de qualidade e resolutivo.

Dessa maneira, o acolhimento se torna uma ferramenta de mudança que conduz os profissionais a fundamentar suas práticas cotidianas no conceito ampliado de saúde e como um elemento de discussão das equipes acerca dos processos de trabalho e gerência dos serviços de saúde (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013). Assim, é possível repensar as ofertas de atenção à saúde condizente com a necessidade da população.

Os protocolos de Acolhimento com Classificação Risco são ferramentas que norteiam os profissionais para uma assistência diferenciada (BRASIL, 2012). Apontam para a necessidade dos profissionais da Atenção Básica conduzir ações em equipe interdisciplinar, possuir conhecimento prévio dos seus usuários (acesso a sua história clínica, vulnerabilidades, reais necessidades) e dar resolubilidade em sua queixa aguda para possibilitar uma continuidade no cuidado estabelecendo vínculos e não apenas um atendimento pontual (BRASIL, 2012).

4. CONCLUSÕES

Nessa pesquisa identificou-se que os motivos que determinam a demanda dos usuários, residentes em áreas de abrangência das ESF, estão relacionados à dificuldade no acolhimento, o qual se torna uma barreira para os usuários na Atenção Primária à Saúde. Os resultados dessa pesquisa irão auxiliar os Serviços de Atenção Primária à Saúde no sentido de fortalecê-los como umas das portas de entrada no SUS e minimizar as limitações que possam estar dificultando o acesso dos usuários.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, p. 56, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília (1ed), v. 2, p.13-21, 2012.

SOUZA, E. C. de. **Tecnologias Leves Envolvidas no Trabalho em Enfermagem**: Revisão Bibliográfica. Monografia. Recife, 2011. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011souza-ec.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento nas equipes de saúde da família: uma revisão integrativa. **Rev. Med. Minas Gerais** (edição online), v. 23, n.4, p.497-503,

2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paul Enferm (edição online)**, p. 19-25, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_04.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves. **Saúde em Debate (edição online)**, v. 27, n. 65, 2003. Disponível em: <http://lcc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emers_on_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER; L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde**: uma necessidade contemporânea. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

SILVA, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, M. M. da. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 389-96, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a15.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

USO DA PESQUISA QUALITATIVA EM UM ESTUDO SOBRE O PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ULLY CHARQUEIRO INFANTINI¹; AGNES LEANA DOS SANTOS QUINES²;
BRUNA COLINA DEVARGAS³; CRISTIANO PINTO DOS SANTOS⁴; ELISA DE
VARGAS⁵

¹Universidade da Região da Campanha -ullyinfantini07@hotmail.com

²Universidade da Região da Campanha -agnesquines@gmail.com

³Universidade da Região da Campanha -bruninhacolina@gmail.com

⁴Universidade da Região da Campanha -enfcristiano.ps@hotmail.com

⁵Universidade da Região da Campanha - esanenf@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A classificação de risco é uma ferramenta desenvolvida para aprimorar as atividades na urgência e emergência, tornando-as mais eficientes, afim de, contribuir com o rendimento de tempo vinculado ao atendimento, proporcionando organização e agilidade ao serviço. O Sistema Único de Saúde – SUS prevê que o sistema seja humanizado e que seus usuários sejam acolhidos com qualidade e, o processo de classificação, colabora com este método, pois prioriza o agravante conforme a queixa principal, regulando o fluxo afim de, proporcionar um atendimento mais acessível, reduzindo o tempo de espera (JUNIOR, 2015). A portaria nº 2.048 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, normatiza as tarefas desempenhadas nos serviços de urgência e emergência, sendo inclusos nestes os atendimentos provenientes da classificação de risco, estabelecendo diretrizes e critérios de funcionamento para o mesmo (BRASIL, 2002). Este estudo buscou conhecer a percepção dos usuários do serviço de pronto atendimento estudado frente a classificação de risco, uma vez que o serviço que inclui a Classificação de Risco na realidade local é algo relativamente novo sob a ótica dos usuários e dos profissionais que atuam nestes setores. Neste contexto, optou-se pela pesquisa qualitativa. Caracterizada pelas suas peculiaridades, a pesquisa qualitativa estuda o universo de significados subjetivos que correspondente a um espaço mais íntimo dos fenômenos e processos que não podem ser quantificados (OLIVEIRA; ROCHA, 2016). Possibilita a observação de comunicações com o uso de procedimentos sistemáticos e objetivos que narram o contexto das mensagens (BARDIN, 2011). Mediante a apreciação das práticas de ensino torna-se possível observar que áreas como a enfermagem se adequam perfeitamente com as características da pesquisa qualitativa, pois em momento algum o propósito é separar o conhecimento da prática, do saber clínico nem do conhecimento profissional. Em todas as situações a análise qualitativa é experimental, interpretativa, personalística e situacional (STAKE, 2011).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Desenvolvido a partir da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, sobre o modelo de classificação de risco utilizado pela

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H, localizada na cidade de Bagé/RS. Participaram da pesquisa usuários maiores de 18 anos que foram classificados pelo enfermeiro e aceitaram colaborar com o estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O número de participantes foi delimitado pela saturação dos dados, findando 12 usuários. A pesquisa possui autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa, tendo parecer favorável sob o número 2.087.941e somente após os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro, que permitiu a privacidade das respostas. Após a coleta de dados, as respostas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível identificar com a análise dos dados que a escolha do método qualitativo permitiu ao pesquisador um olhar mais profundo sobre os achados, considerando que este permite observar os dados de maneira descritiva, mesmo sendo implícitos e subjetivos. A utilização da entrevista semiestruturada possibilita ao pesquisador liberdade de investigação, instigando o participante a elaborar respostas melhoradas e de cunho pessoal sobre o assunto, distinguindo do questionário fechado, onde as respostas seriam exatas. O pesquisador com o uso da entrevista direciona suas questões para a adequada compreensão, desenvolvendo resultados abrangentes sobre o tema. Dos entrevistados são 8 mulheres e 4 são homens, totalizando 12 participantes, 11 identificaram-se sendo da cor branca e 1 amarelo, tendo idade entre 28 e 63 anos. Ao serem questionados sobre o uso de um protocolo de Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H, a maioria destacou que a ferramenta é necessária para o atendimento de qualidade do estabelecimento e que o mesmo possui um desempenho muito bom, priorizando os casos mais graves e destinando-os para o acolhimento adequado, descartando o sistema baseado em filhas de espera por ordem de chegada. Uma minoria considera o serviço demorado e desnecessário, ressaltando que o protocolo deve ser desconsiderado e o atendimento destinado primeiramente ao médico e organizado por ordem de chegada. Os resultados contemplam o objetivo que a Classificação de Risco possui, agradando boa parte dos seus usuários, padronizando o atendimento e o fluxo da UPA 24H, tornando a assistência sistematizada e o estabelecimento organizado, afim de, acolher a comunidade com eficácia e qualidade.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a utilização do método qualitativo não só para esta pesquisa, mas também, para os demais estudos que envolvem saúde, permite que aspectos sejam descortinados dando profundidade às discussões e apreensões de conteúdo, favorecendo a interpretação do mesmo. O estudo indica que boa parte da população atendida se encontra satisfeita com o modelo de protocolo adotado pela Unidade, classificando este sistema como muito bom e de suma importância. Conceituando os resultados negativos, subentende-se que estes devem ao desconhecimento dos usuários do serviço sobre o protocolo adotado, resultando a opinião negativa sobre o mesmo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Portaria nº 2.048**, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF, 2002.

JUNIOR, W.C. **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2ª edição, 2015.

OLIVEIRA, M.C.; ROCHA, R.G.M. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. **Enfermagem Revista**, v.19, n. 2, p. 191-198, 2016.

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Artmed, 2011. 263 p.

MÃES DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO CONSERVADOR RENAL CONVIVENDO COM A INCERTEZA DA DOENÇA

FERNANDA LISE¹; EDA SCHWARTZ²; VIVIANE MARTEN MILBRATH³;
DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO⁴; RAQUEL POTTER
GARCIA⁵; MARGARETH ANGELO⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – fernandalise@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – eschwartz@terra.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – vivianemarten@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – dccristianoc@unal.edu.co

⁵Universidade Federal do Pampa – raquelpottergarcia@gmail.com

⁶Universidade de São Paulo – angelm@usp.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A mãe da criança em tratamento conservador renal apresenta experiências que geram muitas dúvidas em relação à doença do filho, as quais podem desencadear o sentimento de incerteza (LISE, 2017). A enfermagem tem se centrado neste conceito devido a possibilidade de contribuições no manejo da incerteza das mães a partir de informações para melhorar a compreensão em relação à doença e assim facilitar o enfrentamento da experiência do tratamento conservador renal.

A teoria da incerteza na doença da enfermeira Merle Helaine Mishel é composta por quatro conceitos: 1) ambiguidade dos sintomas a qual tem como consequência a dificuldade de determinar o diagnóstico; 2) falta de clareza/complexidade referente às orientações sobre os cuidados; 3) falta de informação sobre o diagnóstico da doença e 4) imprevisibilidade relacionada à inabilidade de prever a doença (MISHEL, 1981; MISHEL, 1988; STEWART; LYNN; MISHEL, 2010).

Estes conceitos colaboram para a reflexão e compreensão sobre a experiência das mães. Este estudo objetivou conhecer as incertezas da mãe da criança em tratamento conservador renal, com base na teoria da incerteza na doença de Mishel.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo. O contato inicial da pesquisadora com as participantes ocorreu no serviço de nefrologia pediátrica do Ambulatório de Pediatria no dia da consulta da criança com o nefrologista. A coleta dos dados foi realizada entre abril e agosto de 2015, em local definido pelas 11 participantes, e a maioria ocorreu em seus domicílios, com tempo médio de duração de 60 minutos. Como instrumento utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, as quais foram gravadas em arquivo de áudio e transcritas para arquivo de texto. As questões que direcionaram as entrevistas foram: “Fale sobre sua experiência de cuidar de uma criança com doença renal” E “Como foi para você receber o diagnóstico da doença renal para seu filho(a)?”

Os dados foram organizados e analisados com a análise de dados convencional, concomitante a realização das entrevistas (HSIEH; SHANNON,

2005). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, parecer número 985.770. As participantes foram identificadas com a inicial “E” de entrevistado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização das participantes permitiu conhecer as 11 mães entrevistadas, as quais pertenciam à faixa etária entre 27 e 43 anos, a maioria residindo em área urbana, casada, católica, com ensino fundamental completo, não desempenhavam atividades profissionais remuneradas. A análise dos dados permitiu construir a categoria denominada “Incertezas na doença e formas de adaptação” apresentada a seguir.

Para as mães as incertezas estiveram relacionadas à ambiguidade dos sintomas, a falta de informações relacionadas ao motivo do desencadeamento da enfermidade e de clareza relacionada às orientações e cuidados com a saúde da criança, conforme o relato a seguir.

[...] É difícil, porque às vezes tu tens tantas dúvidas. Do que tu podes fazer ou não. Que eu fico pensando...até agora eu não consegui entender porquê os rins (nome da criança) caíram (reduziram a taxa de filtração glomerular) desse jeito [...] (E-4).

[...] eu estou achando que o xixi dela anda com um cheiro muito forte e está muito amarelo, então eu já vou antecipar a consulta dela para saber se isso é normal, se é coisa do rim ou se é da minha cabeça. [...] porque ela só tem um (rim) [...] (E-1).

Esta forma de manejar os acontecimentos demonstra a imprevisibilidade, ou seja, a preocupação materna com o futuro na doença, e ao sentir-se insegura, busca no serviço de saúde o suporte necessário para sanar suas dúvidas.

As incertezas relacionam-se também à problemas de comunicação, que podem afetar a qualidade da atenção ofertada. O depoimento a seguir é um exemplo da fragilidade da comunicação entre os profissionais de saúde e as mães.

[...] Ah, eu sei muito pouco, porque os médicos lá não conversam muito com a gente [...] Eu sei que a gente vai ter que ter acompanhamento com psicólogo (após transplante renal da criança), só que até agora a gente não foi encaminhado para nada [...] (E-6).

No relato seguinte estão as formas de adaptação utilizadas pelas mães que são a manutenção do equilíbrio emocional e a espiritualidade como forma de manter sua saúde mental.

[...] pode parecer irrelevante, mas a fé é fundamental nessa hora. Quando o doutor te diz assim... Eu dei todos os remédios que foram possíveis, todos!, se tu não tiveres fé em Deus, se tu não te segurar em Deus, tu enlouqueces [...] (E-8).

A ambiguidade dos sintomas dificulta a precisão do diagnóstico, o que pode ser um fator desencadeador de incertezas. Outros estudos também apontam que o recebimento do diagnóstico ocasionou sentimento de incerteza em mães de crianças em condições crônicas (MISHEL, 1981; HE et al., 20016; LI; LO, 2016). Dentre os fatores que reduzem os níveis de incerteza estão a oferta de informações claras, a disponibilidade de uma rede de apoio social e a confiança nos profissionais de saúde (LI; LO, 2016).

4. CONCLUSÕES

Considera-se que as incertezas das mães podem ser reduzidas com o apoio da equipe multiprofissional de saúde. Neste sentido, a enfermagem pode contribuir com orientações e oportunizar a exposição dos medos, das dúvidas e das incertezas, como instrumento terapêutico para melhorar a qualidade de vida da mãe, da criança e da família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HE, S.; YO, L.M.; ZHENG, J.; BI, Y.L. Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. **Cancer nurs**, v.9, n.3, p. 205-12, 2016.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual health res**, v.15, n.9, p.1277-88, 2005.

LI, T.Y.; LO, J.L. The predictors of uncertainty in mothers of children with autism spectrum disorder. **Child Health Care**, v.45, n.2, p.147-64, 2016.

LISE, F.; SCHWARTZ, E.; MILBRATH, V.M.; SANTOS, B.P.; GARCIA, R.P.; FEIJÓ, A.M. Criança em tratamento conservador renal: experiências das cuidadoras familiares. **Texto Contexto Enferm**, (No prelo), 2017.

MISHEL, M.H. The measurement of uncertainty in illness. **Nurs Res**, v.30, n.5, p.258-63, 1981.

MISHEL, M.H. Uncertainty in illness. **J NursSch**, v.2, n.20, p.225-32, 1988.

STEWART, J.L.; LYNN, M.R.; MISHEL, M.H. Psychometric evaluation of a new instrument to measure uncertainty in children with cancer. **Nurs Res**, v.59, n.2, p.119, 2010.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL GERAL E MÉDIA DE PERMANÊNCIA GERAL DAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇO SUS NA CIDADE DE PELOTAS/RS

ANA PAULA DA PAZ GRALA¹; PATRÍCIA OSÓRIO GUERREIRO²; TANISE BIANCHI³

¹Universidade Federal de Pelotas –anapaulagrala@gmail.com

²Universidade Católica de Pelotas –patriciaguerreiro@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas –tanisebianchi@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A qualidade nas organizações de saúde vem sendo cada vez mais discutida e compartilhada entre os profissionais, visando a excelência dos serviços prestados. Verifica-se que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando, nos últimos anos, um novo imperativo: a busca pela gestão de qualidade dos serviços (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Pensar em gestão hospitalar hoje é ter visão do futuro. Os profissionais estão percebendo que somente cuidado da qualidade de seus serviços vão garantir um salto de patamar em longo prazo. Os indicadores são mais que uma arma para as instituições de saúde que se preocupam em aprimorar seu desempenho junto aos clientes. Ocupação, receita, despesa, produção e tempo de espera para ser atendido na emergência são exemplo de índices que podem ser extraídos através do uso dos indicadores hospitalares (NAGEH, 2012).

Assim observa-se a crescente preocupação desses profissionais quanto à construção da validação de indicadores, no intuito de auferir a qualidade assistencial, passíveis de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflitam os diferentes contextos de sua prática profissional (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo de avaliar o desempenho dos indicadores de Qualidade Hospitalar: Taxa de Ocupação Operacional Geral e Média de Permanência Geral em Instituições prestadoras de serviço SUS na cidade de Pelotas/RS.

2. METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido pelo método quantitativo, com procedimento de análise descritiva, tendo delineamento dedutivo. Foram utilizados dados secundários obtidos pelo programa TABWIN do DATASUS;

As informações foram coletadas no período de 2011 à 2015, referentes aos hospitais localizados na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, prestadores de Serviços do Sistema Único de Saúde, sendo todos considerados como hospitais de Grande Porte possuindo 155 o menor número de leitos.

Para análise do desempenho dos indicadores hospitalares optou-se abordar a Taxa de Ocupação Geral (TO) que tem como objetivo avaliar o grau

de utilização dos leitos e o Tempo Médio de Permanência (TMP) que tem como objetivo avaliar o tempo que em média um paciente permanece internado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número médio de leitos nos hospitais de Pelotas que prestaram atendimento ao SUS variou entre 386 leitos no ano de 2011 à 481 leitos no ano de 2015. A TPM dos hospitais ficou entre 4,1 e 9,3. A TO variou entre 60,1 % à 130,5 %.

Os hospitais foram classificados como: A, B, C e D.

Tabela 1- Média de Permanência Geral dos Hospitais Prestadores de Serviço SUS de Pelotas/RS

Média de Permanência Geral					
	2011	2012	2013	2014	2015
Hospital A	9,2	9,2	8,3	8,7	9,1
Hospital B	6,8	6,8	7,3	8,0	8,0
Hospital C	8,3	8,6	8,5	8,0	7,1
Hospital D	4,15	4,12	4,6	5,0	4,75

Tabela 2 - Taxa de Ocupação Operacional Geral dos Hospitais Prestadores de Serviços SUS de Pelotas/RS

Taxa de Ocupação Geral					
	2011	2012	2013	2014	2015
Hospital A	86%	70%	70%	61%	81,5%
Hospital B	129%	130,5%	105%	107%	102,8%
Hospital C	84,5%	81,7%	74%	66,5%	60,1%
Hospital D	91,5%	82,3%	77,3%	91,3%	89,8%

Quanto a TPM o Hospital D foi o único à estar dentro do parâmetro esperado, variando de 4,1 à 5 dias de permanência. Já os demais hospitais apresentaram taxa de permanência acima do preconizado variando até 9,2 dias na instituição A.

Quanto a TO o hospital A, apenas em 2015 esteve dentro do critério recomendado, apresentando um valor de 81,5%, nos demais anos apresentou no seu menor valor 70% e no seu maior valor 86%.

O hospital B, destacou-se com um padrão acima de 100% em relação à TO, oscilando de 102,8% À 130,5% entre os anos de 2011 à 2015.

O hospital C em 2011 e 2012 esteve dentro da média do recomendado para a taxa de ocupação, com os valores de 84,5% e 81,7%. Já nos anos de

2013, 2014 e 2015 essa média caiu para 74%, 66,5% e 60,1% estando a baixo do esperado.

Já o hospital D nos anos de 2012 e 2013 esteve dentro do esperado para a TO com os valores de 82,3% e 77,3%. Nos demais anos: 2011, 2014 e 2015 a taxa registrada foi de 91,5%, 91,3% e 89,8% estando acima do preconizado.

Em hospitais de cuidados de agudo a média de permanência tende a variar entre 3 a 5 dias. Porém, a entidade B que possui em anexo o Pronto Socorro Municipal de Pelotas apresentou média de permanência 8,0 dias em 2015. A complexidade do hospital e o papel da internação via Pronto Socorro na demanda do hospital são fatores que diferenciam a média de permanência desses hospitais⁴.

Alguns hospitais gerais do SUS, sem atividade de ensino, relatam média de permanência geral entre 3,5 e 6,4 dias (QUALISS, 2016). A instituição D foi a única a ficar dentro deste padrão, tendo como média de internação 4,75 dias no ano de 2015.

A implementação de protocolos clínicos pode contribuir para facilitar a gestão da média de permanência para as patologias de maior prevalência no hospital (QUALISS, 2016).

Recomenda-se que os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de curta permanência (menor que 12 horas) sejam atendidos em unidades de Hospital-dia. Esta unidade deverá ter análise diferenciada, com indicadores específicos que não estão incluídos nesta ficha técnica (QUALISS, 2016).

A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização ineficiência na gestão do hospital. Inadequada utilização deste recurso pode indicar falha no planejamento do hospital, índices de satisfação da clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços. Na instituição A verificou-se nos anos 2012 à 2014 um declínio da taxa de ocupação de 70% para 61% e na instituição C uma queda de 74% para 60,1% no ano de 2013 para o ano de 2015 (QUALISS, 2016).

4. CONCLUSÕES

O tempo permanência do hospital D foi o único dentro do parâmetro. A taxa de ocupação das entidades B e D foi considerada acima da média, com exceção do hospital C.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MACHLINE, C.; PASQUINI, A. C. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 35, n. 3, p. 290-299, 2011. ISSN 0104-7809.

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. dos S. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. In Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, **Anais Eletrônicos**, Rezende, RJ, Brasil, v. 3, 2006.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 4, n. 5, 1998. ISSN 1020-4989.

NAGEH. **Manual de Indicadores de enfermagem**. Programa CQH-Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). 2.ed. São Paulo: APM/CREMESP, 60 p., 2012.

Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde. **QUALISS**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em:
<<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude>>. Acesso em: ago. 2016.

O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA PESSOA ESTOMIZADADA DEPENDÊNCIA DE CUIDADO PARA O AUTOCUIDADO

MARINASOARES MOTA¹; GIOVANA CALCAGNO GOMES²; JULIANE PORTELLA RIBEIRO³; DEISE RIBEIRO DA SILVA⁴; ALINE GONÇALVES DE ALMEIDA⁵.

¹Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – marinamota@furg.br

²Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – giovanacalcagno@furg.br

³Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – ju_ribeiro1985@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – deisers@furg.br

⁵Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – aline.almeida@furg.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A estomização trata-se de um procedimento cirúrgico no qual há a exteriorização de parte de um órgão oco, como o intestino ou da bexiga, por um orifício chamado estoma (BRASIL, 2009). Essa pode levar a pessoa a apresentar dificuldades de realizar atividades e de se adaptar a elas gerando a dependência de cuidados de outras pessoas (MOTA; GOMES, 2013). Essa submete a pessoa a um período de transição em que é preciso readquirir habilidades e competências para se autocuidar. A transição é complexa e comporta simultaneamente a continuidade e a descontinuidade dos processos de vida, definindo-se por períodos de desordem entre estados de equilíbrio (MEILES, 2010). A enfermagem precisa favorecer o autocuidado das pessoas com estomia para que estas alcancem a reabilitação, vivenciando esta fase de forma menos sofrida, estabelecendo ações terapêuticas eficazes e eficientes, contribuindo para a promoção e reabilitação da saúde deste, auxiliando-o na aquisição de sua autonomia, subsidiando seu autocuidado e bem estar. Assim, se objetivou conhecer como a pessoa com estomia vivencia o processo de transição da dependência de cuidados ao autocuidado à luz da Teoria das Transições de Meleis.

2. METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida no Serviço de Estomaterapia (SE) de um Hospital Universitário no extremo sul do Brasil, com 27 pessoas com estomias definitivas por câncer intestinal ou urinário. A coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2014 por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à Análise de Conteúdo à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Como critérios de inclusão: estarem cadastrados no SE, serem estomizados há mais de um mês de forma definitiva por câncer do sistema geniturinário e/ou intestinal. Excluiu-se as pessoas que estiveram em fase terminal de doença ou não estarem em bom estado de saúde.

Respeitou-se a resolução 466/12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade de Rio Grande (FURG) sob número 0002/2014.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que a natureza da transição se situou no processo tipo saúde/doença. A entrada no processo de transição deu-se a partir da consciência desencadeada pelo diagnóstico de câncer, reforçado pela cirurgia de estomização. A consciência da estomização e dos pontos positivos ou negativos para o exercício do cuidado advém da experiência da necessidade de cuidados que incluem o acesso ao atendimento de saúde qualificado (SUN et al, 2014). O enfermeiro ao trabalhar os fatores facilitadores e inibidores pode estimular a pessoa no sentido do bemestar, propiciando que essa passe por uma transição menos difícil (SCHUMACHER; MELEIS, 1994). Assim, como fatores facilitadores o estudo verificou a construção de um significado positivo à estomização, o preparo para essa experiência no pré-operatório, a estabilidade emocional, a fé e a religiosidade e a sensação de normalidade adquirida a partir de uma imagem próxima da anterior. Referiram-se, ainda, ao apoio familiar, o fornecimento gratuito pelo governo das bolsas coletoras, adjuvantes e acessórios e ao atendimento da equipe multiprofissional. Como fatores inibidores do processo de transição encontraram-se a visão distorcida de seu corpo, o despreparo para viver estomizado, a instabilidade emocional, a desmotivação com afastamento de atividades prazerosas, o cuidado excessivo e/ou estendido e até mesmo a superproteção da família, as complicações como hérnias e prolapsos, a falta de atitudes positivas quanto à vida, a negação da bolsa coletora, as tentativas frustradas de omitir o uso da bolsa coletora, a falta do domínio do manuseio dos equipamentos, o afastamento do trabalho e as dificuldades financeiras. Além destas, o abandono do parceiro, atitudes negativas e estigmatizantes por parte da família e a baixa qualidade dos materiais fornecidos pelo governo. A transição é complexa e necessita da expressão de padrões de resposta positivos que direcionem à autonomia (MEILES, 2010). Assim, como indicadores de resultados identificaram-se a confiança para realizar atividades anteriores, aceitação de sua situação, uma visão positiva de sua vida e da capacidade de compartilhar o seu cuidado com sua família. Considera-se a saída da transição quando este for capaz de dominar novas competências tanto para o cuidado físico ao realizar a troca da bolsa coletora quanto readequando sua imagem e autoconceito.

4.CONCLUSÕES

Os processos de transição dentro da enfermagem constituem uma nova forma de olhar e cuidar pessoas no decorrer dos diferentes momentos de seu ciclo vital.

O processo de transição da dependência de cuidados ao autocuidado da pessoa com estomia é complexo e carregado de subjetividades, com avanços e retrocessos em suas fases. Sendo necessário que o enfermeiro estabeleça ações de enfermagem por meio da consulta de enfermagem, grupos de apoio Serviço de Estomaterapia e intervenções terapêuticas contextualizadas com a fase que a pessoa encontra-se, ou seja, entrada, passagem ou saída, observando nessas os fatores que inibem ou facilitam o processo, influenciando a transição para o autocuidado da pessoa com estomia,

contribuindo para a promoção e reabilitação da saúde deste, auxiliando-o na aquisição de sua autonomia e independência.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 400** de 16 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

MELEIS, A.I. **Transitons Theory**: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer PublishingCompany, 2010.

MOTA, M.; GOMES, G.. Mudanças no processo de viver do paciente estomizado após a cirurgia. **Revenferm UFPE online**. v. 7(esp.), n. 12, 7074-81, 2013.

SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: a central concept in nursing. **Image: Journal of Nursing Scholarship**. Indianápolis, v.26, n.2, p.119-127, 1994.

SUN, V. et al. From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies. **SupportCareCancer**, 2014.

O PROCESSO DE ALTA NO CAPS JOINVILLE: UMA ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

**LUCIANE PRADO KANTORSKI¹; ARIANE DA CRUZ GUEDES²; MARIA
LAURA DE OLIVEIRA COUTO³; VINÍCIUS BOLDT DOS SANTOS⁴; ROBERTA
ANTUNES MACHADO⁵**

¹*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
kantorski@uol.com.br*

²*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
arianecguedes@gmail.com*

³*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
lauracouto@uol.com.br*

⁴*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
vini_boldt@yahoo.com.br*

⁵*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
roberta.machado@riogrande.ifrs.edu.br*

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Apesar do avanço da rede de atenção psicossocial e das práticas de cuidado no território, que representaram a possibilidade de cuidado, de vida e liberdade para muitas pessoas, alguns limites ainda merecem ser enfrentados. Dentre eles, o desafio de problematizar a alta, ou uma categoria equivalente a ser pensada, no modo de atenção psicossocial, em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Guedes (2014) aponta o CAPS Joinville como um serviço que apresenta um potencial para a inserção territorial de seus usuários. Os estudos revisados têm problematizado a alta em saúde mental, tendo em vista o crescente número de usuários com transtorno mental em internação de longa duração nos serviços hospitalares e havendo um longo tempo de permanência de usuários em serviços de saúde mental comunitária (SATO et al, 2012; GIROLAMO et al, 2013; TANIOKA et al, 2013; POOLE, PEARSALL e RYAN, 2014; NAKANISH et al, 2015; GÓMEZ et al, 2016; MCMINN et al, 2017). O CAPS II de Joinville se destaca como um serviço que promove a alta dos usuários, rompendo com o movimento de institucionalização dentro dos CAPS (GUEDES, 2014; ANTONACCI, 2015). Neste serviço o termo “alta clínica” foi substituído por transferência de cuidado, buscando adequá-lo à proposta de atenção psicossocial, com a finalidade de focar o cuidado na experiência do sujeito em sofrimento psíquico, tirando a ênfase da doença/cura (GUEDES, 2014). Tendo em vista a importância desse serviço em proporcionar estratégias de “alta” para seus usuários e a existência de poucos estudos nacionais e internacionais com o enfoque na “alta” dos serviços territoriais, este artigo se propõe a descrever a alta dos usuários do CAPS II de Joinville nos últimos onze anos (2006-2016).

2. METODOLOGIA

Este estudo é um recorte do projeto CAPSUL II realizado no município de Joinville localizado no estado de Santa Catarina na região sul do Brasil. Estudo do tipo documental com abordagem quantitativa, com dados coletados a partir do livro de registro de alta dos (as) usuários (as) do CAPS II em um período de onze anos (janeiro de 2006 a dezembro de 2016). Por meio da análise documental desse registro, foi possível descrever a alta dos usuários através das seguintes variáveis: sexo, diagnóstico e o motivo da alta dos usuários (as). Além do livro de alta, tivemos acesso aos dados com registros de admissão dos usuários nos anos de 2006 e 2007 (eram os únicos anos disponíveis). Ao fazer o cruzamento dos livros de alta e de admissão nesse período foi possível calcular a média de tempo de permanência que os (as) usuários (as) ficam em tratamento neste serviço. A coleta foi realizada nos anos de 2014 e 2017. Os dados foram organizados e processados no programa Excel (Versão 365), seguido de análise quantitativa das informações contidas nos livros de registros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as variáveis estudadas, diferente de outras pesquisas desenvolvidas na área da saúde, onde a predominância em relação ao gênero é do sexo feminino e demonstra grande disparidade com o sexo masculino (CARDOSO, 2011; ARAUJO, 2005; LIMA, 1999; PINHEIRO, 2002), isto não ocorre entre os usuários em alta do CAPS Joinville. A diferença é de apenas 85 (4,8%) usuários do sexo feminino para o sexo masculino, sendo que nos anos de 2007, 2008 e 2013 o número de usuários homens foi superior ao de mulheres. Com relação aos motivos que geram a alta dos usuários do CAPS Joinville, é predominante a alta clínica, responsável por mais da metade destes (983 [55,6%]), enquanto os outros seis motivos abordados no presente estudo somados totalizam 789 (44,4%). Um número com tamanha expressividade com relação aos demais motivos de alta, já que a alta clínica remete a (tratamento no território, dignidade, reinserção). Quanto aos diagnósticos mais recorrentes, podemos perceber que a esquizofrenia tem o valor mais expressivo, sendo responsável por 24,2% dos casos, seguido de depressão 231 (59,2%) e transtorno de bipolar/ tipo maníaco 272 (15,3%). A partir desses resultados é possível afirmar que Joinville segue a ordem comum de diagnósticos de saúde mental, tendo entre suas principais ocorrências duas das que figuram entre as mais comuns, que são a esquizofrenia e os transtornos depressivos.

4. CONCLUSÕES

Com o objetivo do presente trabalho de analisar as altas que ocorreram nos últimos onze anos no Centro de Atenção Psicossocial II de Joinville podemos perceber que este, apresenta um número expressivo de altas clínicas, o que remete a uma boa qualidade na prestação do serviço e um diferencial em relação aos demais serviços de saúde mental. O excelente escore de alta clínica do CAPS II Joinville demonstra que é viável um atendimento de qualidade ao usuário da rede pública de atenção psicossocial e que é possível possibilitar a reinserção do usuário em seu meio social com saúde e qualidade de vida. E ainda que o baixo número de altas em outros serviços deve ser problematizado de modo a se pensar o que realmente diz

respeito à necessidade do sujeito, o que diz respeito aos limites do serviço e das equipes, superando tratamentos prolongados e refletindo sobre a inserção no território.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONACCI, M.H. **Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial**. 2015. 212 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental nana atualidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, June 2011.

DEGIROLAMO G. et al. Is psychiatric residential facilityd is charge possible and predictable? A multi variate analytical approach appliedto a prospective study in Italy. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Itália, v. 49, n.1, p.157-167, 2013.

GUEDES, A. C. **Avaliação do processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2014. 138 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GÓMEZ, S. A. al. El desafío de lainclusión em salud mental: análisis de un centro comunitario y sutrabajo sobre los vínculos sociales. **SaludColectiva**, Argentina, v.12, n.2, p.265-278, 2016.

LIMA, M. S. de. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 01-05, 1999.

MCMINN, B. et al. Readiness for discharge from subacute mental health units for older people: Using available measures to support clinical decision-making. **International Journal of Mental Health Nursing**, Austrália, v. 26, n.2, p.151-159, 2017.

NAKANISHI, M. et al. Association between length of hospital stay and implementation of discharge planning in acute psychiatric in patients in Japan. **International Journal of Mental Health Systems**, Japão, v. 9, n. 23, 2015.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POOLE, R.; PEARSALL, A.; RYAN, T. Delayed discharges in anurbanin-patient mental health service in England. **The psychiatric bulletin**, Inglaterra, v. 38, n.2, p.66-70, 2014.

Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Tânia Maria de Araújo, Paloma de Sousa Pinho e Maura Maria Guimarães de Almeida. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

SATO, S. et al. Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: Randomized controlled trial. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Japão, v. 66, n. 6, p. 474-481, 2012.

TANIOKA, T. et al. Factors Associated with Discharge of Long-Term In patients with Schizophrenia in Japan: A Retrospective Study. **Issues in Mental Health Nursing**, Japão, v.34, n.4, 2013.

A UTILIZAÇÃO DO MODELO ADAPTATIVO DE ROY EM PESQUISA DE ENFERMAGEM COM ESTOMIZADOS

AGNES LEANA DOS SANTOS QUINES¹; BRUNA COLINA DE VARGAS²;
MATHEUS LUIZ BRASIL³; RENATA DE OLIVEIRA GOMES⁴; ULLY
CHARQUEIRO INFANTINI⁵; CRISTIANO PINTO DOS SANTOS⁶.

¹Universidade da Região da Campanha – agnesquines@gmail.com

²Universidade da Região da Campanha – bruninhacolina@gmail.com

³Universidade da Região da Campanha – math.brasil@live.com

⁴Universidade da Região da Campanha – renatagomes.rs@hotmail.com

⁵Universidade da Região da Campanha - ullyinfantini07@hotmail.com

⁶Universidade da Região da Campanha - cristianosantos@urcamp.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Assim como outras áreas do conhecimento, a enfermagem é munida de teorias que objetivam descrever, prever e prescrever o cuidado de enfermagem (Alcântara, 2011). A utilização de um referencial teórico para balizar as pesquisas em enfermagem é de suma importância, pois, permite uma imersão teórica no desvelamento do objeto de estudo. Partindo desse pressuposto, a teoria do Modelo de Adaptação de Roy (ROY, 2001) oferece subsídios para a compreensão do indivíduo, de forma holística, como um ser adaptável. Esse modelo adaptativo aprecia 4 elementos: a pessoa é a receptora dos cuidados de enfermagem; o ambiente inclui as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa; a saúde é entendida como um estado e um processo de tornar-se uma pessoa total e integrada; e por fim, a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência). Esse estudo tem como objetivo apresentar a teoria de Roy como um referencial teórico pertinente para nortear pesquisas com pessoas que realizaram uma estomização.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, tendo como campo de investigação o Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG). Participaram do estudo 10 pessoas estomizadas que frequentam o grupo de apoio ao estomizado e seu familiar (GAOF) que faz parte serviço de estomaterapia. O número de participantes foi determinado pela saturação de dados. Após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 77/201, foi realizada a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, sendo gravadas em formato de áudio e transcritas na íntegra posteriormente. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo ancorados no referencial teórico proposto por Callista Roy.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a categorização dos dados, organizados a partir dos quatro modos adaptativos proposto por Roy, foi possível perceber que este modelo permitiu que se conhecesse de que forma os estomizados se adaptam ao uso da bolsa coletora. No primeiro modo adaptativo categorizado (adaptação do corpo fisiológico à nova condição) obteve-se como resultado uma perda de integridade corporal e descontentamento pelo uso da bolsa e sintomas como vômitos, diarreia e constipação. No segundo eixo estabelecido por Roy (2001), o autoconceito, buscou-se avaliar como os participantes se percebiam com a utilização da bolsa coletora, mostrando mais uma vez, inicialmente, descontentamento e sentimento de inutilidade, tristeza e depressão por ter um elemento que não é próprio do seu corpo, e no transcorrer do tratamento percebeu-se certa aceitação por parte de alguns participantes, uma vez que estes tinham ciência de que era uma forma de restabelecer a saúde, mesmo que não fosse a curto prazo. Na terceira categoria, o processo adaptativo ao novo papel social, foi constatado um grande constrangimento quando essas pessoas estão, inicialmente, tentando se reinserir ao seu cotidiano. Na quarta categoria, Adequação afetiva: comportamentos relacionados com pessoas significativas e sistemas de apoio, os participantes relataram que a família foi essencial para a (re)construção da identidade pessoal e reinserção dos mesmos na rotina diária. Na última categoria da pesquisa, Identidade e adaptação: nexos e reflexos para o viver da pessoa estomizada, foi observada a capacidade de aceitação e o processo de reconstrução da pessoa estomizada, onde foi vista a dificuldade de adaptação com a bolsa, tendo em vista que alguns mesmo com dificuldades conseguiam se adaptar e se aceitar, mas em contrapartida, os outros participantes da pesquisa não conseguiam se adaptar a bolsa coletora independente do tempo que fossem passar com ela, alegando sua desconstrução fisiológica como pessoa. Nessa apreciação dos resultados o Modelo de Adaptação de Roy tem um aproveitamento favorável e considerável, se fazendo válido para pesquisas qualitativas.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que o referencial teórico tem como objetivo criar um plano de sustentação argumentativo sobre o tema que será abordado, dando embasamento e servindo como comparação em relação aos resultados a serem obtidos a partir do trabalho em desenvolvimento. Ao desenvolver pesquisas qualitativas o pesquisador deve dedicar uma atenção especial na escolha do referencial teórico, optando por aquele que, contextualizado com a temática, possibilite que os objetivos sejam contemplados da melhor forma possível. Desse modo o referencial teórico serve para dispor os subsídios balísticos que irão nortear a pesquisa em questão. Na temática da estomização, a Teoria do Modelo de Adaptação de Roy, se encaixa de forma adequada servindo assim como elemento norteador para análise dos dados e embasamento teórico, sendo uma aliada na produção científica desta e de outras temáticas vinculadas à enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, M.R.; SILVA, D.G.; FREIBERGER, M.F.; COELHO, M.P.P.M. Teorias de Enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. **Teoria da enfermagem**. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001. 520p.

SIMULAÇÃO REALISTICA NA PRODUÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE: RELATO DE PRÁTICA

HELIO JOSÉ RODRIGUES HANNA¹; CARMEM EULÁLIA POZZER¹; MAIRA
ISIS STANGLER¹; BRUNA MELLO¹; DEISE CRISTINA GRAZIOLI¹; ANA
PAULA GUBERT¹

¹ Enfermeiros, Grupo de Pesquisa de Enfermagem da Santa Casa – GPESC / ISCMPA, Porto
Alegre/RS. E-mail: pesquisaenfermagem@santacasa.tche.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A ordem mundial traz notórias mudanças nos aspectos da sociedade que atingem de modo incisivo o ensino, exigindo uma nova visão de formação profissional com inserção de práticas pedagógicas e utilização de metodologias inovadoras para enfrentar as necessidades de uma sociedade globalizada.

Torna-se necessário substituir os processos de ensino de forma vertical por uma prática que reúna saberes por meio de uma postura interdisciplinar.

Na formação em saúde valoriza-se a adoção de métodos que estimulem a participação efetiva do aluno em metodologias ativas, em todas as etapas do processo dentre elas está o método da simulação (COSTA et al, 2013).

Este trabalho objetiva relatar as experiências do Centro de Simulação Realística da ISCMPA / UFCSPA inaugurado em novembro de 2016.

2. METODOLOGIA

Relato de experiências vivenciadas na utilização de simulação realística nos cenários disponibilizados para formação e qualificação de profissionais da saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Costa et al (2015) a simulação é uma estratégia de ensino que permite que as pessoas experimentem a representação de um evento real com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender estas situações, sendo fundamentada na metodologia ativa, Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), nessa metodologia de ensino o participante é exposto a problemas devendo buscar subsídios dentro do ambiente simulado para sua resolução.

Desta forma a simulação favorece não somente o desenvolvimento de competências correspondentes a processos clínicos da prática profissional, indo além dos aspectos técnicos e tecnológicos e se estende ao desenvolvimento de análise, síntese e tomada de decisão como preconiza Oliveira, Prado e Kempfer (2014).

Seguindo esta temática o Centro de Simulação Realística da ISCMPA / UFCSPA foi projetado visando dispor de uma infraestrutura: de Realidade Virtual com simuladores cirúrgicos; de Sala de Emergência com simuladores informatizados; Consultórios para treinamento; e Debriefing para resumo e discussão das vivências.

O estudo de Slieker et al (2012) mostra a importância da realidade virtual para o ensino de técnicas e simulação contribuindo com a aprendizagem dos estudantes, oferecendo habilidades ao profissional para que executem novas técnicas, simulem diferentes situações, armazene-as e as reproduza permitindo o aprendizado de situações semelhantes a realidade, minimizando possíveis riscos e complicações para os pacientes.

Segundo Dourado e Giannella (2014) a metodologia de Ensino Baseado em Simulação (EBS) permite que os alunos se deparem com um problema, criem hipóteses com base nos dados clínicos apresentados e, apoiados em conhecimentos prévios, tentem chegar ao diagnóstico a fim de escolher a melhor conduta a adotar.

Nesse caminho, vão tomando decisões e, por meio do feedback do manequim, e também dos professores, às suas intervenções, podem verificar se estão indo pelo caminho correto ou não, auxiliando o aluno a aprender a raciocinar clinicamente, articulando teoria e prática.

Conforme Couto (2014) “Debriefing” é o momento em que o participante contempla seu desempenho, auxiliado pelo instrutor que apresenta uma visão mais objetiva, dando sentido ao que aconteceu e permitindo ao participante abstrair e modificar seu modelo mental, gerando uma nova experiência concreta.

Para Borges et al (2014) a utilização da simulação em educação na saúde com a realização de procedimentos em manequins, como intubação orotraqueal, manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, punções venosas, suturas, dentre outras serve para melhorar o desempenho individual e/ou da equipe, configurando-se em uma valiosa ferramenta de aprendizagem nos diversos níveis, inclusive em situações mais complexas, como treinamento em situações críticas, especialmente em situações de emergência ou simulações de trabalho em equipe.

Baseado nestes pressupostos e com a utilização dos recursos disponíveis em sua estrutura o Centro de Simulação Realística da ISCMPA / UFCSPA tem desenvolvido atividades com foco na formação de estudantes de graduação nos mais diversos cursos da área de saúde, na qualificação e aprimoramento de profissionais e colaboradores da instituição, bem como, de estudantes dos programas de pós-graduação e estagiários de diversas instituições parceiras.

O objetivo maior de seu desenvolvimento pelas instituições foi o de qualificar ainda mais o processo de assistência, ampliando as condições estruturais de ensino, pesquisa e capacitação, tanto para os alunos quanto para os demais profissionais envolvidos na execução da prática assistencial.

4. CONCLUSÃO

Os trabalhos desenvolvidos vêm apresentando resultados positivos com relação às práticas e ao aprendizado, bem como, do foco na aceitação, reconhecimento e valorização dos participantes, deixando claro o papel de relevância junto à comunidade assistencial.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BORGES, M. C. et al. Avaliação Formativa e Feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 324-31, 2014.

COSTA, J. G. F. et al. Práticas contemporâneas do ensino em saúde: reflexões sobre a implantação de um centro de simulação em uma universidade privada. **Rev Bras Pesq Saúde.**, v. 15, n. 3, p. 85-90, 2013.

COSTA, R. R. O. et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Rev Espaço Saúde.** Londrina, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015.

COUTO, T. B. **Simulação realística no ensino de emergências pediátricas na graduação.** 2014. 76f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Curso de Pós-graduação em Ciências, Programa de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

DOURADO, A. S. S.; GIANNELLA, T. R. Ensino Baseado em Simulação na Formação Continuada de médicos: análise das Percepções de alunos e Professores de um Hospital do Rio de Janeiro. **Rev Bras Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 460-9, 2014.

OLIVEIRA, S. N.; PRADO, M. L.; KEMPFER, S. S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **REME Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 487-495, 2014.

SLIEKER, J. C. et al. Training in laparoscopic colorectal surgery: a new educational model using specially embalmed human anatomical specimen. **SurgEndosc.**, v. 26, p. 2189-94, 2012.

ADESÃO E A DEPRESSÃO NO MEIO RURAL: AVALIANDO SUAS RELAÇÕES

DANIELA GRACZYK¹; CLEBER CAVAGNOLI²; DANIELI COVALSKI³;
JESSICA MAYARA WOLFART⁴; KELEN ANTUNES⁵; SAMUEL
SPIEGELBERG ZUGE⁶

¹Universidade do Oeste de Santa Catarina1 - danielagraczyk21@gmail.com.

²Universidade do Oeste de Santa Catarina 2-clebercavagnoli@outlook.com.br.

³Universidade do Oeste de Santa Catarina 3- danieli.covalski@gmail.com.

⁴Universidade do Oeste de Santa Catarina 4- jessica_mayarawolfart@hotmail.com.

⁵Universidade do Oeste de Santa Catarina 5- kelen.antunes@outlook.com.

⁶Universidade do Oeste de Santa Catarina 6-samuel.zuge@unoesc.edu.br.

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A depressão é considerada a doença do século, desta forma, o transtorno depressivo é um problema de saúde global. É um transtorno de alta prevalência que acomete muitos brasileiros, interferindo negativamente no seu convívio social e familiar. Destaca-se que existem inúmeros fatores que favorecem e que contribuem para a eficácia da terapia medicamentosa de pacientes com depressão. Dentre estes fatores, destaca-se a adesão, que é considerada um dos maiores desafios durante a terapia antirretroviral, pois envolve fatores relacionados ao paciente e ao sistema de saúde, e não somente ao uso dos medicamentos. O sucesso do tratamento tem influência direta nos níveis de adesão, considerada como o maior determinante da resposta terapêutica (POLEJACK; SEIDL,2010). A Organização Mundial de Saúde (1999) aponta que a depressão em 2020, será a principal doença associada a um impacto negativo na população, assim como, terá um alto custo para a sociedade moderna. Além disso, os problemas de saúde mental são considerados uma das principais causas de morbidade nas sociedades atuais, com subseqüentes limitações. Dos 870 milhões de pessoas que vivem na região europeia, estima-se que, aproximadamente, 100 milhões sofrem de ansiedade e depressão. O meio rural tem ganhado destaque no contexto da saúde mental, por inúmeras características, dentre elas destaca-se a exposição a agrotóxicos, que potencializa depressão e suicídio em agricultores (PIRES; CALDAS; RECENA,2005). Destaca-se neste contexto, que a terapia medicamentosa tem papel importante na melhora da depressão e de seus sinais e sintomas, as quais tem efeito satisfatório em até quatro semanas, possibilitando que o indivíduo retome suas atividades. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a relação da adesão a medicação e a depressão em agricultores do interior de Guaraciaba/SC.

2. METODOLOGIA

Estudo do tipo quantitativo, de delineamento transversal. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a setembro de 2016, em uma Estratégia Saúde da Família do município de Guaraciaba/SC, o qual é representada como zona rural. A população do estudo foi de pessoas da zona

rural de Guaraciaba, de ambos o sexo, com idade acima de 20 anos, e que foram diagnosticadas com depressão em um período superior a três meses e que realizam o tratamento medicamentoso com antidepressivos. Para coletar os dados utilizou-se de um instrumento contendo: questionário sócio demográfico, e a escala de Adesão Terapêutica de Morisky. A adesão ao tratamento medicamentoso para as pessoas do meio rural foi classificada em adesão (alta adesão 8 (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos). Os dados coletados foram digitados no programa *Epi-info®*, versão 7, e após verificação de erros e inconsistências analisamos estatisticamente no Programa *PASW Statistics®* versão 18.0 for *Windows*. Para isso, foram realizadas análises de frequência das questões que envolvem o instrumento de pesquisa e análises descritivas da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky. O presente estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina, sendo registrado por meio da Plataforma Brasil, CAEE: 56881616.4.0000.5367, sob o número de parecer: 1.622.022.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 90 sujeitos, que segundo a caracterização demográfica, econômica e social de pessoas do meio rural com diagnóstico de depressão, foi possível evidenciar que; 53 pessoas eram do sexo feminino; 88 relatavam ser da cor branca; 27 pessoas apresentavam 70 anos ou mais; 61 pessoas apresentavam o primeiro grau incompleto; 73 pessoas tinha referiam que a situação conjugal era de casados; ou que conviviam com seu companheiro (a); 32 pessoa afirmam que tinham de um a dois filhos; 43 pessoas possuíam renda familiar entre 1(um) e 2(dois) salários mínimos; 50 pessoas estavam empregadas no momento da coleta de dados; e das que estavam trabalhando, 39 pessoas exerciam a profissão de agricultores. A Escala de Adesão de Morisky, em relação ao tratamento medicamentoso de pessoas com diagnóstico de depressão no meio rural teve como resultado na frequência das respostas: você as vezes esquece-se de tomar os seus remédios para a depressão - 76 pessoas afirmam que não; nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para a depressão - 79 pessoas afirmam que não; você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava - 83 pessoas afirmam que não; quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos - 86 pessoas afirmam que não; você tomou seus medicamentos para a depressão ontem - 84 pessoas afirmam que sim; quando sente que a depressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamento - 85 pessoas afirmam que não; você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para a depressão - 65 pessoas afirmam que não; com que frequência você tem dificuldade para se lembrar de tomar todos os seus remédios para a depressão - 49 pessoas afirmam que nunca. Segundo a classificação da adesão, 65 pessoas mantinham a adesão ao tratamento medicamentoso. E 25 pessoas revelou que não mantinham a adesão ao tratamento medicamentoso.

4. CONCLUSÕES

Ao avaliar as pessoas frente a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, obteve-se maior adesão do que a não adesão ao tratamento, e a partir disso, evidenciou-se que quando seguido de forma correta o tratamento medicamentoso, tem-se uma melhora no quadro de suas doenças. A equipe de saúde tem papel fundamental na escolha de intervenções a serem seguidas no decorrer do tratamento, desse modo é importante conhecer os fatores que acabam interferindo na efetividade da adesão do paciente ao tratamento, e buscar soluções de prevenção e promoção de saúde para que isso não aconteça novamente. Para melhor controlar se a adesão está sendo efetiva é preciso muito trabalho e interesse da equipe de saúde pelos seus clientes, desenvolvendo ações de promoção de saúde, efetividade nos cuidados desenvolvidos, planejamento das buscas ativas dessas pessoas e controle rigoroso de seus medicamentos, buscar orientar sempre que possível sobre a importância da adesão correta, para não ocorrer complicações associadas aos seus problemas de saúde, e evitar gastos públicos desnecessários e evitáveis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JORNAL A VOZ DO PARANÁ. **Organização mundial de saúde alerta: até 2020, a depressão será a doença incapacitante do mundo.** Disponível em:<<http://www.jornal a voz do Paraná. com.br/organizacao-mundial-de-saude-alerta-ate-2020-a-depressao-sera-a-doenca-mais-incapacitante-do-mundo>>. Acesso em 03 abr 2017.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloísa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**.v.21, n.2, 2005.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades.**Ciência & Saúde Coletiva**. v.15,n.supl.10, p.1201–1208, 2010.

OS PSICOFÁRMACOS COMO RECURSO DE TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

LUIZA HENCES DOS SANTOS¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI²; MARIANA DIAS DE ALMEIDA³; THYLIA TEIXEIRA SOUZA⁴; NATHALIA ARAUJO FERNANDES⁵.

¹Universidade Federal de Pelotas – h_luiza@live.com 1

²Universidade Federal de Pelotas– kantorski@uol.com.br 2

³Universidade Federal de Pelotas – almeidamarianadias@gmail.com 3

⁴Universidade Federal de Pelotas – thyliaSouza@hotmail.com 4

⁵Universidade Federal de Pelotas – nathalia97araujo@gmail.com 5

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica prevê uma assistência humanizada ao indivíduo em sofrimento psíquico, baseada em um processo complexo de desinstitucionalização, que visa a mudança de uma relação histórica entre sociedade e loucura (CABRAL et al., 2015).

Ainda hoje, no advento da reforma psiquiátrica, há prevalência do modelo medicamento-centrado do cuidado. O novo modelo de assistência em saúde mental busca novas práticas de ampliação clínica focada no usuário. A assistência farmacêutica requer interação direta do farmacêutico com o usuário, bem como a consideração das suas especificidades biopsicossociais (BEZERRA et al., 2016).

O presente estudo objetivou descrever o processo de utilização de psicofármacos como recurso de tratamento aos usuários em um CAPS do sul do Brasil.

2. METODOLOGIA

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil” em sua segunda edição, aprovada, sob ofício de nº 176/2011, ata n. 001/2011, sob protocolo interno n. 017/2011, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. As informações para realização do presente estudo foram coletadas através de 200 horas de observação participante em um CAPS de Joinville, e foram relatadas em diário de campo, a coleta ocorreu no ano de 2011. Foram observadas as atividades diárias do CAPS, os atendimentos individuais e em grupo, as assembleias, a rotina da farmácia e a dispensação de medicamentos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os dados da observação de campo relacionados ao trabalho cotidiano do CAPS quanto a utilização do psicofármaco enquanto recurso terapêutico, considerando sua dispensação e uso.

Nos CAPS de Joinville as medicações da cesta básica, fornecidas pela Prefeitura são: ácidovalpróico, amitriptilina, biperideno, carbamazepina, carbonato de lítio, clorpromazina, fluoxetina, haloperidol, imipramina, levomepromazina, midazolan, biperideno, fenobarbital, fenitoina. Esses medicamentos são disponibilizados nos CAPS e na farmácia municipal aos usuários que apresentam receita.

Para ter acesso aos medicamentos excepcionais (risperidona, ziprasidona, clozapina, equetiapina) o paciente passa por processo burocrático, tendo que apresentar laudo informando o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, receituário médico, comprovante de residência atualizado, carteira de identidade, CPF, Cartão Nacional de Saúde, e termo de consentimento assinado. Os medicamentos excepcionais podem ser adquiridos por usuários cuja Classificação Internacional de Doenças seja de algum tipo de esquizofrenia.

Os medicamentos de alto custo (clozapina, risperidona, olanzapina) ou aqueles adquiridos judicialmente, são fornecidos pelo estado, e devem ser retirados na farmácia escola, de acordo com protocolo pré-estabelecido.

Na rotina do CAPS II constatou-se que aos usuários em tratamento no CAPS, a medicação, que é preparada 24 horas antes da administração, é entregue pelos técnicos de enfermagem. Os usuários que não tem autonomia para autoadministração vão ao CAPS em horários fixos para recebê-la, os usuários em tratamento semi-intensivo obtêm a medicação suficiente para sete dias de tratamento, assim investe-se na sua autonomia. O CAPS possui farmácia e conta com farmacêutico no seu horário de funcionamento que faz a dispensação e orientações no momento de entrega, conta também com equipe de enfermagem para administração dos medicamentos e orientações aos usuários.

Quanto a relação do usuário com o conhecimento acerca do psicofármaco além da orientação individual do médico na prescrição ou apresentação de efeito colateral, existem outros espaços para abordagem do assunto. Na dispensação o farmacêutico do CAPS orienta o usuário com relação ao uso, possíveis efeitos e esclarece dúvidas. Com relação a espaços coletivos tem a assembleia onde são disponibilizadas informações gerais sobre dispensação e falta de medicamentos. As associações de usuários também possuem espaços onde os usuários discutem os efeitos da medicação, e verbalizam o desejo de interromper ou continuar o tratamento medicamentoso. Algumas oficinas dentro do CAPS, mesmo não sendo direcionadas ao assunto, permitem que eles expressem suas opiniões sobre a psicofarmacoterapia.

O uso de medicamentos envolve práticas culturais e sociais históricas. No Brasil as políticas públicas são centradas na ampliação do acesso, e não no uso racional, a exemplo do que ocorre em países desenvolvidos, que consiste na união dessas ações (BEZERRA et al., 2016). A conscientização dos usuários e familiares acerca do uso racional de medicamentos faz parte do empoderamento que sustentará as decisões e participação do indivíduo, enquanto protagonista desse processo, na escolha do próprio tratamento, além disso é essencial que o usuário conheça seus direitos, e os aspectos legais que se referem ao acesso a medicação.

No contexto da reforma psiquiátrica o acesso a medicação é um fator importante para o processo de tratamento do usuário no contexto da comunidade.

Para a reinserção social e convívio em liberdade dos usuários, é preciso que haja reflexão acerca do tratamento medicamentoso dentro dos serviços de atenção psicossocial, destacando a importância da relação entre equipe e usuário, que irá interferir diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento (KANTORSKI et al., 2013).

Nas reuniões da equipe de saúde a rotina de administração da medicação também é pautada, e algumas vezes é difícil chegar ao consenso. A maior reclamação da equipe é a falta de medicamentos essenciais por um período maior que trinta dias, essa problemática é atribuída por eles a má gestão pública, e nesses casos a solução encontrada é conceder a receita para o usuário comprar o medicamento. Percebe-se uma tendência da equipe em apoiar-se na terapia medicamentosa para dar credibilidade a terapêutica.

Em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem em quatro CAPS de Curitiba, alguns profissionais relataram o uso dos psicofármacos como primeiro recurso terapêutico, não havendo, segundo eles, melhora no quadro sintomatológico sem o uso dos psicofármacos (MAFTUM, 2016). Alguns profissionais se apegam a práticas da psiquiatria clássica, isso evidencia a necessidade de adequação dos trabalhadores ao novo modelo de atenção psicossocial, pautado no indivíduo, nas suas necessidades, e seus desejos para além do recurso do medicamento.

4. CONCLUSÕES

Este estudo proporcionou um entendimento acerca da dispensação, distribuição e relações de cuidado quanto a psicofarmacoterapia, levando em consideração os dados obtidos na observação em um Centro de Atenção Psicossocial. Considera-se que outros estudos sobre o tema devem ser desenvolvidos explorando aspectos em relação aos modos como o usuário lida com esta terapêutica no seu cotidiano.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, I. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, 2016.

CABRAL, S. A. A. O. et al. A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura. **INTESA**, Pombal, v. 9, n. 1, p. 85-90, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1022-9, 2013.

MAFTUM, M. A. et al. Uso do psicofármaco no tratamento à pessoa com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

**CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO E A SEGURANÇA DO PACIENTE:
CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE**

VIVIAN COSTA FERMO¹; MARCIELE MISIAK²; FRANCIS SOLANGE VIEIRA
TOURINHO³; PATRÍCIA ILHA⁴; LUCAS CORRÊA PREIS⁵; MONIK DA SILVA⁶.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - vivianfermo@hotmail.com

²Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) - marciele.misiak@ifsc.edu.br

³UFSC - francistourinho@gmail.com

⁴UFSC - ilha.patricia@gmail.com

⁵UFSC - lucaspreis@yahoo.com

⁶UFSC - monik.ds@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Milhões de erros acontecem nas instituições de saúde, sendo que dentre os riscos que os pacientes estão expostos, enfatiza-se os relacionados aos medicamentos. Os medicamentos possuem uma margem terapêutica segura, sendo que alguns quando utilizados de forma incorreta têm risco inerente de lesionar o paciente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2012).

Os medicamentos potencialmente perigosos (MPPs) possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Atualmente há 19 classes de medicamentos e 14 medicamentos específicos considerados MPPs (INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS, 2015). Em Goiás, Brasil, estudo que identificou 230 erros de medicação, constatou que 37,4% dos casos estavam relacionados aos MPPs (SILVA et al., 2011).

Esse estudo teve como objetivo identificar a percepção da equipe de saúde acerca da prevenção dos erros com MPPs a fim de colaborar na construção de protocolo para uma prática segura.

2. METODOLOGIA

Este estudo é um recorte de uma pesquisa metodológica para desenvolvimento de aplicativo para dispositivos móveis que contemplará um protocolo para prevenção de erros com MPPs. Para tanto, o pesquisador teve de construir, em uma das etapas da pesquisa, o protocolo para prevenção de erros com MPPs, no qual utilizou os procedimentos teóricos, empíricos e analíticos propostos por Pasquali (1998).

No que tange ao procedimento teórico, realizou-se revisão de literatura sobre o construto para o qual se deseja realizar o instrumento, como também estudo de campo qualitativo por meio de entrevistas.

Foram entrevistados 10 profissionais de saúde sendo dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois médicos, dois técnicos administrativos, um auxiliar de enfermagem, um farmacêutico. Os sujeitos atuavam na unidade coronariana e/ou na farmácia de uma Instituição cardiológica do Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2016. A

análise do material empírico percorreu as etapas preconizadas pela técnica de análise de conteúdo (MINAYO, 2008).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, parecer 1.642.831 de 20 de julho de 2016. Após divulgação da pesquisa, convidou-se os profissionais, agendou-se as entrevistas. Foram utilizadas cinco questões norteadoras, as entrevistas foram gravadas, transcritas e categorizadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas duas categorias: a compreensão da equipe sobre os MPPs; e as ações para prevenção dos erros com MPPs.

Na primeira categoria os profissionais sentiram dificuldade em conceituar os MPPs. Pode-se perceber que a maioria tem consciência de que são medicamentos que necessitam de maior atenção e que trazem risco de morte ao paciente, se erros no processo, porém um profissional que está envolvido diretamente na dispensação afirma que não sabe conceituar e que acredita ser um medicamento que “se quebrar possa fazer algum efeito a ele”.

Quando questionados sobre exemplos de MPPs a grande maioria citou medicamentos classificados como tal, porém poucos profissionais citaram que há lista padronizada no hospital para consulta e controle.

Sobre os tipos de erros com maior risco, o principal relato é a troca desses medicamentos, além de erros na diluição, erro de vazão, dificuldade de interpretação da prescrição, dose inadequada e via inadequada.

Foi constatado que apesar da existência do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição, há incipiência de conhecimento acerca dos cuidados referentes a medicamentos utilizados cotidianamente e que se administrados incorretamente podem causar danos irreversíveis ou a morte.

Na categoria sobre as ações para prevenção de erros foi possível verificar que a equipe tem conhecimento sobre algumas ações que são barreiras para erros, como: identificação diferenciada para MPPs, dupla checagem, comunicação efetiva, uso de protocolos, organização adequada na guarda dos medicamentos, sistema de alertas e código de barras, confirmação das cinco certezas.

Os profissionais enfermeiros e farmacêuticos tiveram maior panorama sobre as opções de barreiras, para além das etapas do processo do uso de medicamentos em que estão envolvidos diretamente. Por fim, sobre as ações de prevenção que já estão sendo realizadas na instituição pode-se perceber que são incipientes e não são de conhecimento de todas as categorias da equipe de saúde, sendo que um dos profissionais afirmou não haver nenhuma ação preventiva sendo realizada. Não há consenso entre os sujeitos, sendo que várias ações são elencadas isoladamente.

4. CONCLUSÕES

Foram identificadas as percepções e dificuldades que a equipe de saúde apresenta relacionada aos MPPs, sendo evidente a necessidade de ampliar o conhecimento acerca do tema e empoderá-la para o uso de práticas seguras

na rotina da instituição. Neste sentido, a partir do exposto pelos sujeitos e de revisão de literatura, o pesquisador pôde desenvolver o procedimento teórico para construção de protocolo de prevenção aos erros com MPPs, baseado em evidências científicas e nas necessidades dos profissionais da saúde, podendo seguir para as demais etapas: procedimentos empíricos e analíticos.

Posteriormente esta nova tecnologia estará disponível através de aplicativo para dispositivos móveis, construído pelo pesquisador, no intuito de também abordar a educação em saúde acerca do tema, com subsequente implantação e avaliação dos resultados na prática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications**. Cambridge, MA: 2012. Disponível em www.ihl.org. Acesso em: 12 set .2015

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP): **Boletins**. 2015. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>em: 25 out. 2015.

SILVA, A.E.B.C. et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v.19, n.2, p. 378-386, 2011.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Cli.**, v.25, n.5, p.206-13, Edição especial, 1998.

TEORIA ECOLÓGICA DE URIE BRONFENBRENNER NOS ESTUDOS QUALITATIVOS DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DIANA CAROLINA CRISTIANO CASTELBLANCO¹; DIOGO HENRIQUE TAVARES²; JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER³; EDA SCHWARTZ⁴; VANDA MARIA DA ROSA JARDIM⁵.

1 Universidade Federal de Pelotas - E-mail: dccristianoc@ufpel.edu.br

2 Universidade Federal de Pelotas - E-mail: enf.diogotavares@gmail.com

3 Universidade Federal de Pelotas - E-mail: juzillmer@gmail.com

4 Universidade Federal de Pelotas - E-mail: eschwartz@terra.com.br

5 Universidade Federal de Pelotas - E-mail: vandamrjardim@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O conhecimento das ciências humanas e sociais além de contribuir com o arcabouço teórico permite ampliar a compreensão dos fenômenos estudados pelas ciências da saúde como por exemplo, as doenças crônicas entre outras. A partir da perspectiva sistêmica proposta por Urie Bronfenbrenner, a enfermagem consegue abordar de maneira integrada os diferentes elementos (pessoa, processo, contexto, tempo) que se inter-relacionam nos processos de saúde dos indivíduos e das comunidades. Neste sentido, esta revisão tem o objetivo de analisar os estudos que utilizaram o Referencial Teórico e Metodológico de Urie Bronfenbrenner na Enfermagem.

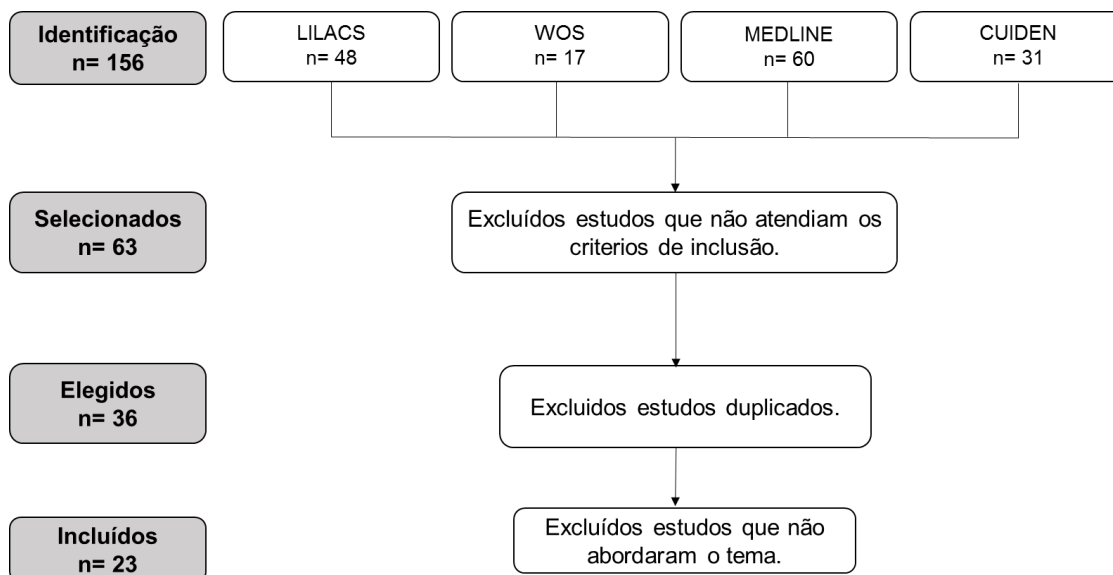
2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática exploratória orientada pela seguinte pergunta: Como o referencial de Urie Bronfenbrenner tem sido utilizado no contexto da Enfermagem? A busca foi realizada em julho de 2017 nas bases de dados LILACS, WOS, MEDLINE e CUIDEN. Foi utilizado o descritor “enfermagem” com as palavras-chave “Teoria Ecológica”, “Modelo Bioecológico” e “Bronfenbrenner”. Os critérios de inclusão foram estudos com abordagem qualitativa, publicados entre 1996 e 2017, disponíveis na íntegra nos idiomas português, espanhol, inglês e que utilizaram o referencial teórico de Urie Bronfenbrenner. Já os critérios de exclusão foram: revisão, editorial e relato de experiência. Dos artigos selecionados foram analisadas as informações correspondentes aos títulos, idioma, objetivos, país de realização do estudo, metodologia, resultados e considerações finais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca identificou o total de 156 estudos sendo que foram excluídos 93 que não atendiam aos critérios de inclusão. Dos 63 selecionados, eliminou-se 27 estudos duplicados ficando 36 estudos para leitura, das quais 13 não abordaram o tema. Assim, restaram 23 estudos para serem analisados. Os resultados da busca são apresentados na Figura 1.

Figura 1. Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão. Fonte (PRISMA, 2015)



Dos trabalhos encontrados, 13 foram realizados no Brasil, seguidos de seis estudos nos Estados Unidos da América, um no Reino Unido, um na África do Sul, um no Canadá e um na Austrália. Os estudos brasileiros estavam disponíveis nos três idiomas, porém os estrangeiros foram consultados através do idioma inglês.

Os estudos brasileiros na área da enfermagem que utilizaram a Teoria Ecológica foram em sua maioria, pesquisas exploratórias e descritivas que se dedicaram a pesquisar famílias; adolescentes; crianças prematuras; cuidado ao idoso fragilizado; indivíduos, famílias e comunidades que convivem com situações de doenças crônicas; e profissionais e gestores de saúde dos serviços do Sistema Único de Saúde.

As pesquisas realizadas nos países estrangeiros; buscaram compreender contextos de adolescentes; populações indígenas; comunidades imigrantes; crianças em condições de HIV; famílias com crianças com espinha bífida; famílias de pessoas com lábio leporino; cuidado domiciliar; cuidado paliativo; e formação em enfermagem.

A partir do resultado desta revisão pode-se conhecer a utilização da Teoria Ecológica de Bronfenbrenner no âmbito da enfermagem desde uma perspectiva sistêmica (Micro, Meso, Exo, Macrossistema) para caracterização dos ambientes em que ocorrem as transições ecológicas do ciclo vital das pessoas e as relações que comprometem e ou influenciam as condições de vida (SILVA e SILVA, 2014; SAFTNER, MARTYN, MOMPER et al. 2015; CHANDRAN, CORBIN, SHILLAM et al. 2016; AYOOLA, ADAMS, KAMP et al. 2017).

As transições são uma função conjunta de mudanças biológicas e circunstâncias alteradas no meio ambiente; assim elas são exemplos por

excelência do processo de mútua acomodação entre o organismo e seus arredores, chamado Ecologia do desenvolvimento Humano; estas alterações podem ocorrer em qualquer um dos quatro níveis do meio ambiente ecológico (BRONFENBRENNER, 1996).

Além disto, pode-se estudar as especificidades dos contextos culturais, conhecimentos e práticas de cuidado à pessoas, famílias e comunidades que enfrentam o adoecimento, permitindo conhecer as inter-relações entre os elementos dos sistemas em que acontecem os processos de doença e suas influências no desenvolvimento humano; isto favorece a exploração de alternativas para o enfrentamento deste processo e possibilidades de cuidados de enfermagem. (SILVA, 2006; BRYANS, CORNISH, MCINTOSH, 2009; GRANDBOIS e SANDERS, 2009; ZILLMER, SCHWARTZ, MUNIZ, 2012; PEDROSO e MOTTA, 2013; BORDIGNON, MEINCKE, SOARES et al. 2014; SILVA e SILVA, 2014; LUZ, SILVA, DEMONTIGNY, 2015; CORREA, MEINCKE, SCHWARTZ et al. 2016; LUTHER, CHRISTIAN, 2017).

Os estudos evidenciados também identificaram que o vínculo apoiador das pessoas e famílias com suas redes sociais e algumas políticas de saúde pública e social, fortalecem as relações e o desenvolvimento individual, familiar e comunitário; e que as experiências e vivências das pessoas são elementos que se relacionam com seu desenvolvimento humano e, portanto, implicam no ambiente ecológico. (SCHWARTZ, 2002; SCHWARTZ, MUNIZ, BURILLE et al. 2009; FEIJÓ, SCHWARTZ, MUNIZ et al. 2012; COETZEE, KAGEE, BLAND, 2015; LEMOS e VERÍSSIMO, 2015; SILVA, NUNES, PRIOTTO et al. 2015; CORREA, MEINCKE, SCHWARTZ et al. 2016; PEREIRA-LLANO, DOS SANTOS, RODRIGUES et al. 2016).

Todavia, pode-se utilizar a Teoria Ecológica de Bronfenbrenner na enfermagem com o propósito de refletir sobre a organização dos serviços de saúde, a prática profissional, a importância das políticas e programas de saúde, assim como a atuação multidisciplinar e suas implicações positivas no cuidado adequado das necessidades de saúde do indivíduo, e no melhoramento das suas condições de vida (CHAPADOS, 2000; GARCIA e SAEWYC, 2007; HITCKEY, SUMSION, HARRISON, 2012).

4. CONCLUSÕES

A Teoria Ecológica de Bronfenbrenner permite ampliar a forma de olhar e conhecer situações que abordam distintas áreas do conhecimento da enfermagem, e, portanto, dos fenômenos estudados; além de fornecer as intervenções planejadas e destacar a função da enfermagem nas diversas comunidades.

A compreensão sistêmica dos ambientes e contextos do indivíduo, a família e a comunidade direciona a atuação do enfermeiro e estimula a mobilização das pessoas em situações de doença. Além disto, poderá promover gestão de políticas que apoiam positivamente o ambiente ecológico e os processos e interações que acontecem nele.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYOOLA, A. B.; ADAMS, Y. J.; KAMP, K. J.; ZANDEE, G. L.; FEENSTRA, C.; DOORNBOS, M. M. Promoting the Future of Nursing by Increasing Zest for Research in Undergraduate Nursing Students. **Journal of Professional Nursing**, v. 33, n. 2. p. 126-132, 2017.

BORDIGNON, S. S.; MEINCKE, S. M. K.; SOARES, M. C.; SCHWARTZ, E.; BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L. Paternidade na adolescência no contexto dos serviços de saúde, escola e comunidade. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 979-986, 2014.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano** (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRYANS, A.; CORNISH, F.; MCINTOSH, J. The potential of ecological theory for building an integrated framework to develop the public health contribution of health visiting. **Health & social care in the community**, v. 17, n. 6, p. 564-572, 2009.

CHANDRAN, D.; CORBIN, J.; SHILLAM, C. An Ecological Understanding of Caregiver Experiences in Palliative Care. **Journal of social work in end-of-life & palliative care**, v 12, n 1-2. p. 162-182, 2016.

CHAPADOS, C. Experience of teenagers born with cleft lip and/or palate and interventions of the health nurse. **Issues in comprehensive pediatric nursing**, v. 23, n. 1. p. 27-38, 2000.

COETZEE, B.; KAGEE, A.; BLAND, R. Barriers and facilitators to paediatric adherence to antiretroviral therapy in rural South Africa: a multi-stakeholder perspective. **AIDS care**, v. 27, n. 3. p. 315-321, 2015.

CORRÊA, A. C. L.; MEINCKE, S. M. K.; SCHWARTZ, E.; OLIVEIRA, A. M. N.; SOARES, M. C.; JARDIM, V. M. R. Percepções de homens sobre a vivência da paternidade na adolescência: uma perspectiva bioecológica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p.1-7, 2016.

FEIJÓ, A. M.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; SANTOS, B. P; VIEGAS, A. C.; LIMA, L. M. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p, 783-791, 2012.

GARCIA, C. M.; SAEWYC, E. M. Perceptions of mental health among recently immigrated Mexican adolescents. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 28, n. 1. p. 37-54, 2007.

GRANDBOIS, D. M.; SANDERS, G. F. The resilience of Native American elders. **Issues in mental health nursing**, v. 30, n. 9. p. 569-580, 2009.

HICKEY, N.; SUMSION, J.; HARRISON, L. Why nursing? Applying a socio-ecological framework to study career choices of double degree nursing students and graduates. **Journal of advanced nursing**, v. 69, n. 8, p. 1714-1724, 2013.

LEMOS, R. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à luz da Teoria Bioecológica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 899-907, 2015.

LUTHER, B. L.; CHRISTIAN, B. J. Parent perceptions of health promotion for school-age children with spina bifida. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 22, n. 1, p. e12168, 2017.

LUZ, G. S.; SILVA, M. R. S.; DEMONTIGNY, F. Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 5, p.395-400, 2015.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G.; PRISMA GROUP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. (Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani, trad.), **PLoS medicine**, v. 6, n.7, p, e1000097, 2015.

PEDROSO, R. M. L.; MOTTA, C. M. G. Criança e Família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n 2, p. 493-499, 2013.
PEREIRA-LLANO, P. M.; DOS SANTOS, F.; RODRIGUES, M. C. T.; LEMÕES, M. A. M.; LANGE, C.; SANTOS, S. S. C. A família no cuidado ao idoso após o acidente por quedas. **Cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4717-4724, 2016.

SAFTNER, M. A.; MARTYN, K. K.; MOMPER, S. L.; LOVELAND-CHERRY, C. J.; LOW, L. K. Urban American Indian adolescent girls: Framing sexual risk behavior. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 26, n. 4. p. 365-375, 2015.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica**. 2002. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; BURILLE, A.; ZILLMER, J. G. V.; SILVA, D. A.; FEIJÓ, A. M.; et. al. As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 193-201, 2009.

SILVA, B. T.; SILVA, M. R. S. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. **REBEn**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6, p. 957-964, 2014.

SILVA, J. R. S. **Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações, um olhar da enfermagem**. 2006. 233f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande.

SILVA, M. A. L.; NUNES, M. R.; PRIOTTO, E. M. T.; BRAGA, I. F.; SANTOS, S. D. Fatores de proteção para a redução da vulnerabilidade à saúde. **REME rev. min. enferm**, v. 19, n. 3, p. 653-658, 2015.

ZILMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1371-8, 2012.

PERFIL DE PESSOAS EM TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO RIO GRANDE DO SUL

MARTINA DIAS DA ROSA MARTINS¹; LÍLIAN MOURA DE LIMA²;
DAGOBERTA ALVES VIEIRA³; JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG⁴; LUIZE
BARBOSA ANTUNES⁵; ROXANA ISABEL CARDOZO⁶ GONZALES

¹Universidade Federal de Pelotas 1 – martinadrm@hormail.com 1

²Universidade Federal de Pelotas2– lima.lilian@gmail.com2

Universidade Federal de Pelotas3 – daguialvesvieira@hotmail.com3

Universidade Federal de Pelotas4 – jessicatomberg@hotmail.com4

Universidade Federal de Pelotas5 - luizeeantunes@gmail.com

Universidade Federal de Pelotas6 – roxana_cardozo@hotmail.com6

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que afeta em 90% dos casos o pulmão. Do total de casos 60% são bacilíferos, capazes de transmitir a doença. Fatores sociais, econômicos e culturais influenciam na ocorrência da doença e determinam a grande magnitude e transcendência da doença, o que a torna prioridade de saúde pública (BRASIL, 2011).

Mesmo com tratamento eficaz e gratuito em 2016, nacionalmente foram diagnosticados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento (BRASIL, 2017). A detecção precoce e o tratamento adequado são elementos essenciais para o controle da TB. A Política de controle recomenda identificar, no mínimo, 70% dos casos estimados e curar, pelo menos, 85% dos diagnosticados (BRASIL, 2011). MUDOU NA NOVA ESTRATÉGIA – META FIM DA TUBERCULOSE

Para a detecção precoce é necessário captar os sintomáticos respiratório (tosse há três semanas) nas primeiras semanas de adoecimento. Diante disso, a busca ativa na comunidade torna-se essencial (SASAKI *et al*, 2015). Logo, conhecer as características sociodemográficas e econômicas destes indivíduos propicia elementos fundamentais ao planejamento de ações voltadas para a detecção precoce dos casos e tratamento oportuno.

Nesse sentido, o presente estudo, objetivou identificar as características sociodemográficas e econômicas de pessoas em tratamento da tuberculose.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado nos municípios de Canoas e Sapucaia do Sul, prioritários para as ações de controle da tuberculose no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi prospectiva e ocorreu nos ambulatórios do Programa Municipal de Controle a Tuberculose (PMCT) no período de agosto de 2013 a julho de 2014. Participaram do estudo 129 pessoas, em tratamento da tuberculose, sendo 25 em Sapucaia do Sul e 104 em Canoas. Aplicou-se um questionário estruturado com questões referentes ao perfil sociodemográfico e econômico e ao percurso do diagnóstico. Realizou-se análise descritiva (frequência relativa e absoluta), de

tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 702.283.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada foi composta prioritariamente de homens (64,3%), de pessoas de cor de pele branca (68,2%), casados (48,8%), com ensino fundamental incompleto (53,3%), com atividade laboral remunerada (53,5%), recebendo auxílio doença (12,4%), com a mediana de renda *per capita* de R\$666,70, residentes na zona urbana (98,4%), com 2,4 pessoas por domicílio (DP=1,4).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pessoas com TB em tratamento na região metropolitana de Porto Alegre, 2013-2014 (n=129).

Características	N	%
Sexo		
Feminino	46	35,7
Masculino	83	64,3
Cor da pele		
Branca	88	68,2
Outra	41	31,8
Escolaridade		
Fundamental incompleto	69	53,5
Fundamental completo	30	23,3
Médio	25	19,4
Superior	5	3,8
Renda <i>per capita</i> em reais		
140,00 a 460,99	31	24,0
461,00 a 1.051,99	84	65,1
1.052,00 a 1.317,99	3	2,3
1.318,00 a 3.000,00	10	7,7
Situação laboral		
Atividade remunerada	69	53,5
Desempregado	45	34,9
Aposentado	15	11,6
Recebe auxílio doença		
Sim	16	12,4
Não	112	87,6
Zona de residência		
Urbana	127	98,4
Rural	2	1,6

A predominância do sexo masculino e o baixo nível de escolaridade da população doente também foram observados em estudos realizados no Maranhão e em Minas Gerais. Entretanto, o resultado observado quanto à cor da pele vai de encontro a estes estudos, os quais apontam maior ocorrência entre negros e pardos (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014; PEREIRA *et al*, 2015).

Embora 34,9% da amostra estudada esteja desempregada apenas 12,4% recebem auxílio doença. Aspecto relevante, uma vez que a TB causa debilidade física importante, necessitando afastamento do trabalho até a negativação da baciloscopia, fato que agrava a situação financeira.

Estudo realizado no Rio de Janeiro/RJ identificou a correlação estatística entre a incidência de TB elevada e as características de baixa renda e escolaridade, duas pessoas por domicílio e a localização urbana da residência (PEREIRA *et al*, 2015). Ao considerar que a renda *per capita* brasileira em 2014 foi de R\$ 1.052,00, o estado do Rio Grande do Sul esteve acima do resultado nacional com R\$ 1.318,00. Entretanto, na população estudada, 89,1% esteve abaixo da nacional, e destes 24% abaixo da menor renda observada no Brasil que correspondeu ao estado do Maranhão (R\$ 461,00) (IBGE, 2015).

Silva *et al* (2014), salientam que as características de vulnerabilidade social e econômica estão relacionadas ao abandono do tratamento e ao atraso na busca por atendimentos de saúde.

4. CONCLUSÕES

Ampliar o olhar dos profissionais de saúde, sobre a população com esse perfil, para o planejamento das ações de busca ativa de casos na comunidade e o acompanhamento do tratamento até a alta por cura. Tal ação potencializa o alcançado das metas preconizadas para o controle da TB.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SASAKI, N.S.G.M.S; SANTOS, M.L.S.G; VENDRAMINI, S.H.F; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA TCS, CHIARAVALLOTI-NETO, F. Atraso na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. **Rev Bras Epidemiol**. v.18, n.4, p.809-23, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. v. 48, n.8, 2017.

PEREIRA, A.G.L.; MEDRONHO, R.A.; ESCOSTEGUY, C.C; VALENCIA, L.I.O.; MAGALHÃES, M.A.F.M. Distribuição espacial e contexto socioeconômico da tuberculose, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.49, p.48, 2015.

PEREIRA, J.C.; SILVA, M.R.; COSTA, R.R.; GUIMARÃES, M.D.C.; LEITE, I.C.G. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.49, p.6, 2015.

SILVA, P.F.; MOURA, G.S.; CALDAS, A.J.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**. v.30, n.8, p.:1745-1754, 2014.

IBGE. **Renda domiciliar per capita no Brasil**, 2014. 2015.

OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E A VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA NA PRÁTICA COTIDIANA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**PATRÍCIA ILHA¹; PAOLA FINKLER²; FRANCIS SOLANGE VIEIRA
TOURINHO³; VIVIAN COSTA FERMO⁴; MARCIELE MISIAK⁵; LUCAS
CORRÊA PREIS⁶**

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – ilha.patricia@gmail.com

²Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – paola.finkler@hotmail.com

³Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e de Pós-Graduação em Enfermagem e Secretária de Ações Afirmativas e Diversidades da Universidade Federal de Santa Catarina - francistourinho@gmail.com

⁴Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – vivianfermo@hotmail.com

⁵Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – marmisiak@hotmail.com

⁶Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – lucaspreis@yahoo.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem, como arte e ciência, é constituída de teorias e pesquisas voltadas para a prática baseada em evidências, definindo justificativas para ações e oferecendo foco para os cuidados de enfermagem (TAYLOR, 2014).

A técnica da punção venosa representa aproximadamente 80% das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, que exige do profissional competência e habilidade psicomotora (GOMES, 2010).

Na maioria das vezes o cuidado é prestado de forma bem-sucedida, no entanto, por mais preparada e capacitada que uma equipe de trabalho esteja, erros poderão acontecer, pois errar faz parte da natureza humana. Os riscos aumentam quando práticas, procedimentos, protocolos, rotinas, técnicas e/ou equipamentos utilizados pelos trabalhadores são inadequados, complexos e por si só inseguros. E quando se trata de uma população com características complicadoras, como fatores de estresse, difícil visualização da rede venosa, fragilidade dos vasos e estado conservação da pele, esses riscos tornam-se mais comuns (FASSINI; HAHN, 2012).

Por tanto ara a realização de um cuidado seguro e com o menor número de riscos é importante conhecer e definir as práticas que são realizadas, gerando um modelo adequado de execução que garanta a segurança do paciente e leve em consideração às condições reais dos profissionais. Com esse intuito este estudo teve como objetivo conhecer as diferentes práticas de venopunção em pacientes com características que dificultam a execução, realizada por profissionais de enfermagem em um hospital universitário do sul do país.

2. METODOLOGIA

O estudo observacional descritivo qualitativo. Realizado em um Hospital Universitário do sul do país no período de dezembro de 2015 a junho de 2016.

A população do estudo foi constituída de 14 enfermeiros e técnicos de enfermagem durante a prática de punção venosa periférica em crianças de 0 a 14 anos e idosos com mais de 60 anos. Realizou-se 20 observações para o grupo de idosos e 5 para o de crianças.

Inicialmente foi realizado uma busca em bases de dados para elaboração de um roteiro de punção venosa periférica para nortear a coleta de dados e após foi observada a prática com base nessas orientações teóricas.

O estudo foi aprovado pela Plataforma Brasil com o CAAE: 45049515.0.0000.0121 atendendo os aspectos éticos legais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os números aqui analisados são mais pertinentes ao número de práticas de venopunção observadas (25) e não dos profissionais observados (14). Pontuando os achados com maior relevância.

A totalidade do percentual na realização da ação da lavagem das mãos antes do procedimento foi de 48% enquanto após a prática de venopunção foi de 88%, e em 20% nenhum tipo de higienização ocorreu. Isso nos faz refletir sobre a quantidade de procedimentos assistenciais que esses profissionais realizaram, em diferentes pacientes, sem a devida higienização das mãos. No ano de 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, denominado 'Cuidado limpo é cuidado mais seguro', tendo como um dos seus principais objetivos o aprimoramento de práticas de Higienização das Mãos, visando prevenir infecções e promover a segurança dos pacientes e dos profissionais.

Notou-se que em 88% dos casos o profissional preparou todo o material necessário e em 12% solicitou que um colega lhe alcançasse algum material faltante, Chaves (2009) indica que essa preparação evita idas e vindas durante o procedimento, em virtude do esquecimento de algum material na bandeja, uma vez que isto gera insegurança ao cliente, criando uma imagem de desorganização do serviço. Além disso, contribui para o desgaste físico do profissional e prolonga o tempo para a realização do procedimento.

Ainda pôde-se observar que em 72% foi utilizado garrote próprio para venopunção, em 24% utilizado luva de procedimento como garrote e em 4% não foi usado nenhum tipo de método de garrote. Alves (2013) menciona que é necessária a utilização do garrote/torniquete a aproximadamente 15 cm do local de inserção do cateter, o que melhora o ingurgitamento da veia e proporciona também sua melhor visualização.

Por fim, notou-se que em 48% das práticas os profissionais observaram queixas ou reações dos pacientes, e em 79% de todas as observações o profissional orientou o paciente quanto aos cuidados com a punção venosa periférica. Pensando no bem-estar do paciente, a explicação do procedimento é necessária, pois, de acordo com Silva (2011) essa educação em saúde reduz a ansiedade e previne complicações e necessidade de uma nova punção desnecessária.

4. CONCLUSÕES

Ao realizar esse estudo, percebeu-se uma variação da técnica e divergências entre as ações praticadas. Atividades educativas e de treinamento profissional periódico constituem a linha mestra para a formação de uma equipe de saúde crítica e consciente do seu papel na prevenção e controle das complicações associadas aos procedimentos invasivos, dentre eles a punção venosa periférica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L. T; MACHADO, P. R. F; MARTINS, E. R. C. O acadêmico de enfermagem e a prática de punção venosa periférica. **Rev Saúd Corp AmbiCuid**, 2013.

FASSINI, P; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 2, n. 2, p. 290 - 299, 2012.

CHAVES, A. L; AMORIM, G. C; MARTINS, T. S; SILVINO, Z. R. A lavagem das mãos como expressão do cuidado de enfermagem junto aos pré-escolares de escolas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **RevEnferm UFPE online**. 2009

GOMES, A.V.O. A atuação do enfermeiro frente aos sentimentos e atitudes das crianças hospitalizadas submetidas à punção venosa periférica. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 1, p. 371-376, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>.

SILVA, A. H; BRITO, O. S; OLIVEIRA, P. M; OLIVEIRA, R. C. Fatores de risco que predispõe a ocorrência de complicações associada à punção venosa periférica. **RevEnferm UFPE online**, 2011.

TAYLOR, C. R.; LILIA, C.; LEMONE, P.; LYNN, P. **Fundamentos de enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.

POPULAÇÕES DE RUA, VULNERABILIDADE SOCIAL E USO DE DROGAS.

CRISTIANE KENES NUNES¹; ALINE BASSO DA SILVA²; FABIANE MACHADO PAVANI³; DÉBORA SCHLOTEFELDT SINIAK⁴; CHRISTINE WETZEL⁵; AGNES OLSCHOWSKY⁶

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cris_kenes@hotmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul – alinee_basso@hotmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – fabianepavani04@gmail.com

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – deborasiniak@gmail.com

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cwetzel@ibest.com.br

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – agnes@enf.ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As populações em situações de rua têm sido consideradas problemas sociais e desafios para as Políticas Públicas e, no contexto da vida nas ruas, essas pessoas estão mais vulneráveis também ao uso abusivo de drogas e dependência. Para Raupp (2011), esse fato é marcado pela discriminação e ausência de perspectiva, fazendo da droga um elemento de prazer momentâneo para preencher esse vazio. É importante refletir que a droga tem sido tratada como problema principal na vida das pessoas e, tendo como o exemplo as pessoas em situação de rua, nota-se uma imagem somente voltada ao consumo abusivo de drogas e criminalidade. Assim, as outras questões que envolvem essa vivência de rua e os estilos de vida são desconsideradas, tais como a pobreza, a falta de oportunidade, de redes de afeto, redes formais e informais de cuidado.

Nesse trabalho, pretende-se trazer para a cena algumas experiências de pesquisa com a Etnografia Urbana de pessoas em situação de rua, refletindo alguns componentes da vulnerabilidade social nas suas três dimensões: individual, social e programática.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Etnografia Urbana que esta sendo realizada na cidade de Porto Alegre/Rio Grande do Sul, utilizando como instrumentos de pesquisa, observações participantes, entrevista semiestruturadas, diários de campo e análise documental. Os interlocutores participantes da pesquisa são pessoas que tiveram vivência ou estão em situação de rua, fazem uso de drogas ou já fizeram e consideram ou não esse uso problemático. Para compreender o contexto da vida nas ruas e conhecer os interlocutores se fez contato inicial com o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR).

Neste estudo são apresentados os resultados parciais obtidos através da observação participante e registros de diários de campo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, n. 1.802.718. Os aspectos éticos foram

assegurados aos participantes de acordo com a Resolução nº. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Ayres, Paiva e França Jr (2012) há três dimensões analíticas da vulnerabilidade: a dimensão individual, social e programática. Essas dimensões devem ser consideradas na criação de Políticas Públicas de acordo com as realidades das populações.

A dimensão individual não depende somente dos comportamentos individuais das pessoas, nem aspectos estritamente biológicos. A lógica é entender o ser humano como um ser de relações, a trajetória pessoal e psicossocial dependerá dos contextos intersubjetivos e das relações de poder em suas dinâmicas estruturais. A dimensão social se trata dos elementos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais, ou seja, as relações econômicas, de gênero, raciais, religião, pobreza, exclusão sociais, desigualdades. A dimensão programática reflete em como as políticas, programas, serviços, instituições principalmente as de saúde, assistência, educação, justiça e cultura reduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos sujeitos envolvidos nesses contextos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Trazendo essas dimensões para a realidade das populações de rua, há que se considerar na dimensão individual, a relação do indivíduo com seu corpo biológico/social, os quais, nas situações de rua estão com seu corpo físico a mercê de violências constantes, pois não se encontram em locais protegidos e, sofrem crescentes estigmas sociais por terem sua imagem associada à droga, criminalidade fazendo os muitas vezes limitar suas relações sociais apenas as redes de amizade e apoio na rua.

Em relação à dimensão social, percebe-se que a discriminação e a falta de moradia também os prejudicam na busca por trabalho, oportunizando empregos informais como catadores de lixo e cuidadores de carros, visto que, muitas vezes não possuem documentação e pela falta de um comprovante de moradia, o que dificulta seu acesso aos empregos formais.

A dimensão programática revela Políticas Públicas que não conseguem trabalhar a intersetorialidade, em que as ações para populações de rua se limitam a assistência social e ao assistencialismo de organizações não governamentais (alimentos, roupas, cobertores), mascarando a complexidade dos problemas sociais das populações de rua e a necessidade de políticas que envolvam a saúde, assistência, educação, moradia e geração de renda.

4. CONCLUSÕES

É importante refletir, que ainda precisamos avançar no tema de Políticas Públicas e ações em saúde intersetorias bem como no entendimento da complexidade dos contextos de vidas das pessoas em situação de rua. O desafio está na criação de modelos de cuidado participativos que considere as questões de vulnerabilidade e suas dimensões, bem como sua interlocução com os processos de adoecimento, pensando estratégias de cuidado que

extrapolem a doença ou o uso de droga como problema principal, mas sim, agindo com os problemas individuais, sociais e programáticos de estar na rua e, assim, possibilitando projetos de vida e inclusão social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Orgs). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Da doença a cidadania**. Livro 1. Curitiba: Jurua; 2012. 320p.

RAUPP, L. M. **Circuitos de uso de Crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: Cotidiano, práticas e cuidado**. São Paulo: USP, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

INFERTILIDADE CONJUGAL: PROBLEMA DE SAÚDE E POSSÍVEIS MANEJOS AO CASAL

MATHEUS LUIZ BRASIL¹; AGNES LEANA DOS SANTOS QUINES²; BRUNA BRITTO PEREIRA³; ISADORA ROMAN DA SILVA⁴; IVANETE DA SILVA SANTIAGO STREFLING⁵; MILENA MOREIRA FERREIRA⁶.

¹Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – math.brasil@live.com

²Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – agnesquines@gmail.com

³Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – brunabritto94@hotmail.com

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – isa-roman@hotmail.com

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente no curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – ivanete25@gmail.com

⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente no curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – milenaferreira@urcamp.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A infertilidade vem sendo considerada um problema significativo para a saúde pública, no mundo, pois atinge cerca de 80 milhões de pessoas que se encontram em idade reprodutiva. A infertilidade é caracterizada pela incapacidade de conceber um filho ou de manter uma gravidez até o seu final, após o casal ter efetuado um ano ou mais de relacionamento sexual frequente sem o uso de métodos contraceptivos (ALEXANDRE, 2014). Este problema é identificado como primário, quando engloba os casais que não conseguem, nem nunca conseguiram conceber uma gravidez e secundário, quando se refere a casais que após gerarem um ou mais filhos passaram a enfrentar problemas em relação à fertilidade (ALEXANDRE, 2014). Trata-se de um problema reprodutivo que pode estar associada a vários fatores, acometendo tanto o homem (40%) como a mulher (40%). Em apenas 20% dos casos os fatores são tanto masculinos como femininos, desses 10% são associados a problemas com causas idiopáticas. Ainda, os fatores que causam a infertilidade estão fortemente associados a problemas físicos, financeiros, psicológicos e sociais (ALEXANDRE, 2014). O objetivo deste trabalho é identificar possíveis problemas que a infertilidade pode apresentar para o casal, bem como relacionar os caminhos que podem ser adotados para amenizar ou anular tais problemas.

2. METODOLOGIA

Para responder o objetivo deste estudo foi realizado uma revisão teórica da literatura disponível nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico no mês de junho de 2017. Para a seleção dos estudos disponíveis utilizaram-se os seguintes descritores (em Português): Infertilidade Conjugal,

Reprodução Assistida, Parentabilidade e Enfermagem. Foram pesquisados artigos que estivessem publicados em texto integral, no período compreendido entre 2010 e 2016, e que dessem resposta ao objetivo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da equação de pesquisa, obtiveram-se 7 artigos. Após a leitura do título, 2 repetiram-se em suas ideias e 1 não era relevante para o objetivo do presente estudo. Assim, apenas foram selecionados 4 artigos para análise. Os resultados obtidos apontaram que de modo geral a infertilidade está acometendo muitos casais e isso atrapalha a convivência dos mesmos, uma vez que tal situação gera um desconforto e que já existem muitos avanços que podem ser notados referente a essa questão, uma vez que temos a Procriação Medicamente Assistida (PMA), onde os fatores resultantes da infertilidade são anulados ou amenizados. (SOUZA, 2010). No ato da criopreservação os pacientes precisam expressar à vontade por escrito referente ao destino que será dado aos embriões criopreservados, seja em caso de divórcio, doenças graves ou morte de algum deles ou de ambos, e também deixar claro quando pretendem doá-los. (Resolução CFM 2.013, 2013). A vontade de trazer um filho ao mundo é um sentimento primitivo e quase que inevitável, essa questão está severamente ligada à realização pessoal de constituir uma família, ser por algum motivo impedido de exercer tal ação é completamente destruidor e representa uma falha significativa em atingir o destino biológico, mas hoje, conseguimos driblar esses percalços e de alguma forma alcançar a parentabilidade (GOMES, 2009). Alguns casais conseguem com mais facilidade, outros precisam tentar por mais tempo, o importante é que de uma forma ou de outra cada vez mais casais estão conseguindo deixar a infertilidade de lado e trazer um filho ao mundo, fruto de nosso avanço muito significativo na ciência e também, uma ajuda muito grande da nossa tecnologia. Os avanços que hoje vemos são sim muito significativos, mas ainda não é nada perto dos que veremos daqui a alguns anos, a ciência está cada vez avançando mais e facilitando a vida dos que com esse problema sofrem (BADALOTTI, 2010). A reprodução assistida, é sem dúvidas um processo gerador de vida, e o filho ser gerado por meio dela não diminui a importância de se ter um filho, mesmo que ainda possamos encontrar resistência de vários casais referente ao tema, esse tabu vem sendo derrubado e logo chegará o dia em que, ninguém mais terá o pé atrás com esses meios de reprodução (PEREIRA, 2016).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a infertilidade conjugal ainda é muito comum, mas que com o passar do tempo técnicas vem sendo criadas ou melhoradas para ameniza-la ou até mesmo anula-la. Tais técnicas livram o casal do sentimento de incapacidade, uma vez que não conseguir gerar um filho ou concebê-lo é um fato definidor para o ser humano se sentir impotente. Com o passar o tempo novas técnicas irão surgindo e talvez a cura total para essa condição, já que estudos estão sendo feitos em cima deste problema. Vale ressaltar que não importa de maneira alguma a forma a qual o filho foi concebido, o importante é concebê-lo e cria-lo com afeto, o casal de forma alguma deve se sentir menos pai ou mãe frente a um filho que foi concebido a partir de uma

técnica de fertilização. Tais pontos são tratados durante o início do tratamento, para que problemas psicológicos não surjam com o passar dos anos e tal decisão não afete futuramente a vida conjugal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, B. et al. Da infertilidade à parentalidade: Respostas emocionais dos casais e o envolvimento do enfermeiro no processo de transição. **Scientia**, 2014.

BADALOTTI, M. Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 4, p. 478-485, 2010.

GOMES. **A satisfação conjugal em casais candidatos à adoção: Caracterização em função do gênero e do motivo para adoptar (infertilidade/não--infertilidade)** [online] Dissertação de Mestrado em Psicologia [tese não publicada]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação;2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2152>

PEREIRA, Karla Keila Pereira Caetano Souza et al. AS PRINCIPAIS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO**, v. 2, n. 1, p. 26-37, 2016.

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: ESTUDO DOCUMENTAL À LUZ DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE

MARIA EMILIA MARCONDES BARBOSA¹; GIOVANA SCOLARI², FLAVIA
MARIA DERHUN², ANA CAROLINE OLIVEIRA GOMES², LEIDYANI KARINA
RISSARDO², LÍGIA CARREIRA²

¹Universidade Estadual do Centro Oeste –UNICENTRO - prof.mariaemilia10@gmail.com

²Universidade Estadual de Maringá- UEM

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Um procedimento cirúrgico muitas vezes é o único tratamento capaz de minimizar as incapacidades e diminuir o risco de mortes. Avalia-se que no mundo 234 milhões de cirurgias sejam realizadas por ano. A cirurgia é um procedimento altamente invasivo, sob anestesia, conduzido em sala de operações, por equipe multiprofissional especializada (OMS, 2009)

Neste contexto, a Enfermagem Perioperatória exerce papel fundamental no cuidado durante a experiência cirúrgica do paciente nas fases pré, trans e pós-operatória, que acontecem em ambientes distintos, exigindo intervenções específicas. Sua atuação inclui também o cuidado indireto, como no Centro de Materiais e Esterilização, preservação do ambiente seguro, entre outros (SILVA; ALVIN, 2010).

É uma especialidade complexa, envolve diversidade de ações para o restabelecimento da saúde do paciente durante sua trajetória cirúrgica. A atuação com propriedade exige atualização constante, pois sempre surgem novos eventos, conforme contexto epidemiológico da época, estimulando novas investigações.

A Enfermagem Perioperatória, constitui importante cenário para realização de estudos de diversas naturezas, na prática clínica ou na docência, inclusive como temática para construção de teses. Este tipo de estudo, podem revelar o contexto epidemiológico da época, capazes de nortear as ações profissionais nesta área.

Ao considerar a relevância do tema, e acreditando-se que a pesquisa pode contribuir para a clínica o estudo teve como objetivo analisar as teses emergentes na área de Enfermagem Perioperatória.

Considerando que as ações da enfermagem são permeadas pela necessidade de um ambiente limpo para a preservação da saúde do paciente, optou-se por adotar a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, para auxiliar a análise.

BASE TEÓRICA

Desenvolvida por Florence Nightingale, no século XIX, na Inglaterra, a Teoria Ambientalista traz o meio ambiente, como o cerne para a preservação da saúde ⁽⁶⁾. Nightingale considera que o ambiente interno do ser humano está

conexo aos aspectos psicológicos, que pode ser afetado pelo ambiente externo, presentes na iluminação, aquecimento, ruídos, odores, no ar puro, a claridade, o silêncio, a limpeza (ROQUE; CARRARO, 2015).

Considerando as peculiaridades que envolvem a experiência cirúrgica de um paciente, com forte influência do ambiente para o processo de restabelecimento da saúde, compreende-se a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale apropriada para apoiar a discussão sobre o fazer da enfermagem perioperatória.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental qualitativa. Os dados foram captados no Banco Brasileiro de Teses e Dissertações da CAPES. Num primeiro momento foi estruturado um roteiro composto pelas etapas: delimitação do tema; objetivo; questão norteadora; estratégias de busca; seleção dos estudos (critérios de inclusão e exclusão); estratégia para coleta de dados; estratégia para avaliação crítica dos estudos; e síntese dos dados (MOREIRA, et al, 2014).

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2017 utilizando-se os descritores “enfermagem perioperatória” e “centro cirúrgico”. A seleção do material baseou-se nos critérios previamente planejado, sendo incluídas teses disponíveis eletronicamente na íntegra que abordavam o fazer da enfermagem perioperatória no centro cirúrgico e áreas afins no Brasil desenvolvidas no período entre 2013 e 2017. A avaliação das teses foi realizada de acordo com os seguintes indicadores: título, ano e local de desenvolvimento. O material foi submetido à técnica de análise de conteúdo (AC) de Burdin (BURDIN, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O escopo do estudo foi constituído por onze teses. A partir da análise emergiram as seguintes categorias empíricas: “Processo de limpeza, esterilização e controle de infecção”; “Processo de Segurança do Paciente” e “Tecnologias do Cuidado”.

Processo de limpeza, esterilização e controle de infecção

Essa categoria emergiu a partir da análise das teses que apresentaram a avaliação da esterilização a vapor do instrumental laparoscópio: processo de limpeza pré-requisito essencial para a esterilização. A importância da limpeza com água de boa qualidade como atributo indispensável para que a esterilização aconteça. A utilização de materiais estéreis nos procedimentos cirúrgicos, condição indispensável para o controle de infecções. A teoria ambientalista de Nightingale enaltece a utilização de suporte epidemiológico para a prevenção da propagação das doenças infecciosas, reforça a necessidade da higiene e ar puro, bem como o registro dos eventos para possibilitar controles (MARTINS; BENITO, 2016).

Processo de segurança do paciente

Essa categoria emergiu a partir da análise das teses que abordaram o processo de contagem cirúrgica (compressas, instrumentos cirúrgicos e perfurocortantes) para a segurança do paciente; a importância da gestão de resíduos de serviço de saúde gerados no centro cirúrgico e seu impacto para o meio ambiente e segurança de pacientes e trabalhadores e utilização do checklist de segurança cirúrgica para a segurança do paciente no período transoperatório. Essas teses trouxeram em sua essência evitar eventos adversos que possam causar danos à saúde do paciente, ou seja, “não causar danos”.

Os preceitos da Teoria Ambientalista de Nightingale decreta que o conforto do paciente é relacionado com as condições do lugar, tais como, a limpeza, a iluminação, o sanitarismo, a temperatura, a atenção, o cuidado, os odores e os ruídos (MARTINS; BENITO, 2016).

Tecnologias do cuidado

A categoria “tecnologias do cuidado” surgiu a partir da análise das teses que abordaram a validação de instrumentos para auxiliar a aplicação de teorias de enfermagem com vistas a proteção e segurança do paciente cirúrgico, como a prevenção de lesões. O cenário da enfermagem perioperatória, possibilita o desenvolvimento e aplicação de diferentes tecnologias do cuidado, aplicadas a prática clínica, contribuindo para a cientificidade da profissão.

Nesse sentido, a contribuição dos postulados de Florence Nightingale, são compreendidos pelo modelo de profissional que foi. Em seus atributos pessoais encontra-se, determinação, coragem para assumir riscos, capacidade para planejamento e habilidades organizacionais, capacidade de persuasão (HEGGE, 2013).

4. CONCLUSÕES

Verificou-se que as teses foram inspiradas no contexto epidemiológico da época, marcados principalmente por adventos de controle de infecção em serviços de saúde e segurança do paciente. O estudo trouxe elementos importantes para a consolidação da prática clínica baseada em evidências.

Foi possível verificar a partir da análise que os pressupostos de Florence Nightingale permeiam as ações da enfermagem perioperatória, não se limitando a assistência direta, uma vez que o cuidado integral inclui um ambiente limpo, ar puro, organização, entre outros.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo: edição revista e ampliada**. Edições setenta. 2011

HEGGE, M. **Nightingale's Environmental Theory**. Nursing Science Quarterly 26(3) 211 –219 Author(s) 2013.

MARTINS, D.F, BENITO, L.A. O. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 57-70, jul./dez. 2016.

MOREIRA, P.N.O; LIMA, K.Y.N; TOURINHO, F.S.S; SANTOS, V.E.P. Assistência de enfermagem ao adolescente no âmbito escolar: uma pesquisa documental. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 mar/abr; 22(2):226-32. <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a13.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde ; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf. Acesso em Jan. 2017.

ROQUE, A.T.F, CARRARO, T.E. Percepções da puérpera de alto risco acerca do ambiente hospitalar à luz de Florence Nightingale. **Rev Gaúcha Enferm**. 2015 dez;36(4):63-9.Versão on-line Português/Inglês: www.scielo.br/rgenf. www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem.

SILVA, D.C; ALVIN, N.A.T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que integram: Implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio 10 maio 10 maio 10 maio 10 maio-jun; -jun; -jun; -jun; -jun; 63 (3): 427-34.

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE FLEBITES E A SUA INCIDÊNCIA EM ADULTOS HOSPITALIZADOS COM CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

AMANDA PESTANA DA SILVA¹; JANETE DE SOUZA URBANETTO²;
JÉSSICA DE BORBA SPARREMBERGER VITT³; TATIANE TERESINHA
PEREIRA BAPTISTA⁴; ANA LAURA OLSEFER ROTTA⁵; MARIA CAROLINA
OLIVEIRA MACIEL⁶.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – amanda.pestana@acad.pucrs.br

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – jurbanetto@pucrs.br

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – jéssica.vitt@pucrs.br

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – tatiane.baptista@acad.pucrs.br

⁵ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – ana.rotta@acad.pucrs.br

⁶ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – maria.maciel.001@acad.pucrs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Flebite é a inflamação de uma veia, podendo ser acompanhada de dor, eritema, edema, endurecimento e/ou cordão palpável (INS, 2011, p. 110). Pode ser classificada em quatro graus: grau 0, nenhum sintoma; grau 1, eritema no local o acesso com ou sem dor; grau 2, dor no local do acesso com eritema e/ou edema; grau 3, dor no local do acesso com eritema, endurecimento, cordão venoso palpável; grau 4, dor no local do acesso com eritema, endurecimento, cordão venoso palpável maior de 2,5 cm de comprimento e drenagem purulenta (INS, 2011). Quanto à sua etiologia, pode ser classificada em quatro tipos: mecânica, química, bacteriana e pós-infusional. Entre os fatores de risco associados à flebite destacam-se o tempo de permanência e o calibre do cateter, o local de inserção, as competências técnicas do profissional, os cuidados na manutenção do cateter, as características das infusões e do próprio paciente (PASALIOGLU & KAYA, 2014; FERRETE-MORALES et al., 2010; FERREIRA, PEDREIRA & DICCINI, 2007; MAKI & RINGER, 1991). As recomendações da ANVISA para cateteres periféricos envolvem a higiene das mãos, seleção do cateter e sítio de inserção, preparo da pele, estabilização, flushing e manutenção do cateter periférico, cuidados com o sítio de inserção e remoção do cateter. O sítio de inserção deve ser avaliado a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente. Pacientes em unidades de internação devem ser avaliados uma vez ao turno. A avaliação da necessidade de permanência do cateter deve ser diária. Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96h. A decisão de estender a frequência da troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas pela ANVISA (ANVISA, 2017). O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à ocorrência de flebitis e a incidência durante o uso do cateter e pós-infusional em adultos hospitalizados com cateter intravenoso periférico (CIP).

2. METODOLOGIA

Estudo de coorte, aninhado a um projeto de pesquisa com delineamento do tipo ensaio clínico, intitulado “Avaliação da Ocorrência de Flebite com a Retirada Rotineira ou por Indicação Clínica do Cateter Intravenoso Periférico”, em fase de coleta de dados, desenvolvido em unidades de internação clínica e cirúrgicas de um hospital universitário de Porto Alegre. Foram convidados a participar do estudo pacientes adultos (>18 anos), com uso do CIP para terapia intravenosa durante a internação, que tiveram a primeira ou segunda punção venosa periférica realizada na unidade de internação onde está sendo desenvolvida a pesquisa. A coleta de dados foi realizada durante o uso do CIP e 96 horas após a retirada do mesmo. Foram realizadas duas avaliações diárias por pesquisadores distintos, através da inspeção e palpação do sítio de inserção buscando identificar sinais e sintomas de flebite. O registro das avaliações foi realizado no instrumento de coleta de dados de cada paciente, que abrange dados demográficos e informações relacionadas ao CIP. Sempre que identificada a presença de flebite, a enfermeira da unidade foi sinalizada. Os dados foram organizados em planilhas do Excel, com dupla digitação e posterior correção de incongruências, e analisados no software PASW Statistic, versão 20.0. A variável flebite foi avaliada como dicotômica (sim e não) e conforme o grau de intensidade (1 a 4). Foram calculadas as estatísticas descritivas (média, mediana e desvio-padrão) para as variáveis quantitativas e as frequências e porcentagens para as variáveis categóricas. Para análise da associação entre as variáveis estudadas utilizou-se os testes Qui-quadrado de Person e Exato de Fisher. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com protocolo CAAE: 51969115.2.0000.5336 e todos os participantes que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra parcial do estudo agregou 216 pacientes, dos quais 97 (44,9%) eram do sexo feminino, e 119 (55,1%), do sexo masculino, com média de idade de $65,9 \pm 19,8$ anos (mínimo de 18 anos e máximo de 98 anos). Entre os profissionais que realizaram a punção venosa, 85 (39,4%) eram enfermeiros, 130 (60,2%) eram técnicos de enfermagem e 1 (0,5%) era médico. A respeito do calibre, houve maior frequência do calibre 22 gauge, 148 (68,5%), seguido pelo calibre 24 gauge, 55 (25,5%) e calibre 20 gauge, 13 (6%). Quanto à lateralidade, 112 (51,9%) punções foram realizadas no membro superior direito e 104 (48,1%), no membro superior esquerdo. A região mais puncionada foi o antebraço posterior, com um total de 63 (29,2%) punções. A veia com maior número de punções foi a cefálica, totalizando 101 (46,8) punções. Em relação ao tempo de permanência, 134 (62%) pacientes permaneceram com o cateter por até 72 horas, 49 (22,7%) permaneceram com o cateter de 72,01 a 96 horas e 33 (15,3%) permaneceram com o cateter por mais de 96 horas. Durante o uso do CIP, 75 (34,7%) pacientes desenvolveram flebite, com predominância do grau 3, em 31 (41,3%) casos. Ao avaliar a ocorrência de flebite pós-infusional, obteve-se uma frequência de 8 (8,1%) casos, sendo prevalente o grau 3, com 3 (37,5%) casos. Identificou-se uma incidência de flebite de 34,7% durante o uso do cateter, e de 8,1% pós-infusional. As variáveis sexo, idade, número do calibre, profissional que puncionou, lateralidade, região, veia e tempo de permanência não foram

associadas a ocorrência de flebite ($p>0,05$). Na comparação entre os medicamentos mais utilizados e flebite, a Dipirona apresentou um número de casos significativamente maior no grupo sem flebite ($p=0,021$). Os medicamentos Ceftriaxona ($p=0,016$) e Ciprofloxacino ($p=0,042$) apresentaram associação significativa no grupo com flebite.

4. CONCLUSÕES

Evidenciou-se que os fatores de risco apontados na literatura como relacionados à flebite, neste estudo, não foram associados à ocorrência da mesma. Identificou-se a necessidade de novas pesquisas para que se entenda a etiologia deste agravo, passível de prevenção. A coleta de dados realizada na unidade de internação em que ocorreu esta pesquisa auxiliou a equipe de enfermagem na identificação dos sinais e sintomas das complicações da terapia intravenosa e aprimoração das práticas, contribuindo para a promoção de segurança do paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assitência à Saúde**, Brasil, p. 78-85, 2017. Acessado em: 31 jul. 2017. Online. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>.

FERREIRA, L. R.; PEDREIRA, M. L.; DICCINI, S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, 20(1), p. 30-36. 2007.

FERRETE-MORALES, C. Et al.,. Incidence of phlebitis due to peripherally inserted venous catheters: Impact of a catheter management protocol. **Enfermería Clínica**, 20(1), p.3-9. 2010.

INTRAVENOUS NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. **Journal of Infusion Nursing**, vol.34, n.15, p.S1-110, 2011.

MAKI, D. G.; RINGER, M. Risk factors for infusion related phlebitis with small peripheral venous catheters: A randomized controlled trial. **Annals of Internal Medicine**, 114(10), p. 845-854. 1991.

PASALIOGLU, K. B.; & KAYA, H. (2014). Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, 30(4), p. 725-730. 2014.

**REDAÇÃO ANCORADA: TÉCNICA PARTICIPATIVA NA PESQUISA-AÇÃO
INTEGRAL E SISTÊMICA**

RAQUEL CRISTINA LUIS MINCOFF¹; IARA SESCON NOGUEIRA², CÉLIA
MARIA GOMES LABEGALINI³, POLIANA ÁVILA SILVA⁴, VANESSA DENARDI
ANTONIASI BALDISSERA⁵

Universidade Estadual de Maringá1 – raquel.mincoff@gmail.com1

*Universidade Estadual de Maringá – iara_nogueira@hotmail.com2; celia-
labegalini@hotmail.com3; poliana_avila@hotmail.com4; vanessadenardi@hotmail.com5*

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As abordagens participativas vêm conquistando espaço significativo no cenário internacional por permitir a inserção do pesquisador na cena do participante, contribuindo com a interação da teoria com a prática (CARGO, MECER, 2008; DIAS, GAMA, 2016).

A metodologia de pesquisa adequada direciona o caminho seguido pelo pesquisador em busca da prática, e inclui diversos métodos e técnicas. Neste contexto, a técnica da redação ancorada foi citada como possibilidade de desenvolvimento de pesquisas embasadas no referencial metodológico da Pesquisa- ação integral e sistêmica (PAIS) (MORIN, 2004; OLSEN, 2015).

A PAIS é aberta, dinâmica, utiliza o pensamento sistêmico, onde o termo **integral** significa envolver-se na ação e o termo **sistêmica** refere-se a observação na compreensão do fenômeno ativo e complexo. Assim, os diversos métodos participativos de coleta podem revelar interesses, ideias e necessidades explicitadas pelos participantes, garantindo informações que reflitam as opiniões e pensamentos (MORIN, 2004).

Nesse sentido, este trabalho objetiva descrever o uso da redação ancorada como técnica participativa no processo de ensino-aprendizado permeado pela prática da gestão do cuidado ao idoso na atenção básica.

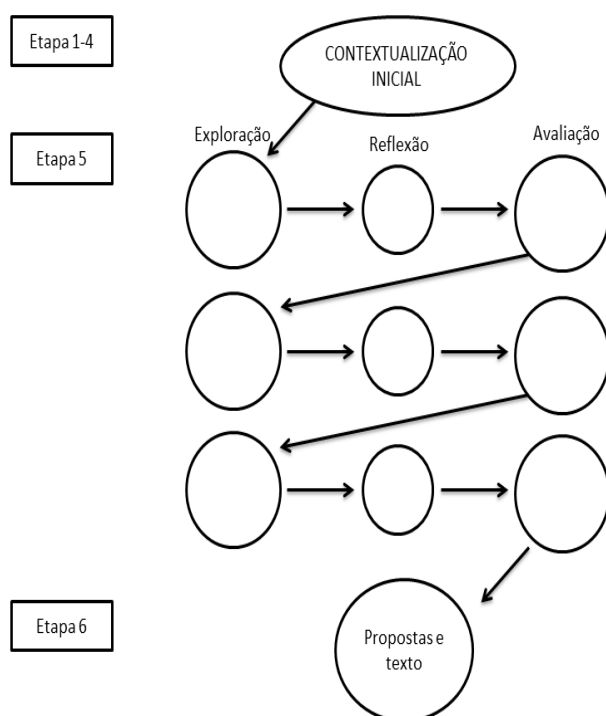
2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, delineado pela Pesquisa- ação integral e sistêmica, tendo a redação ancorada como técnica de pesquisa.

Realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizado no município de Maringá, Paraná, Brasil. Foram participantes gestores locais, profissionais de saúde, docente e acadêmicos de graduação e pós-graduação envolvidos no processo de gestão do cuidado ao idoso. Trabalho desenvolvido entre pares do projeto de Assistência Domiciliar de Enfermagem aos idosos dependentes de cuidados (ADEFI) e o serviço de saúde do município (Parecer nº 875.081/2014).

A coleta dos dados, no dia do encontro, foi constituída em seis etapas: contextualização inicial; proposta metodológica; avaliação das perguntas; distribuição dos papéis; exploração, reflexão e avaliação e proposta de texto (Figura 1).

Figura 1: A redação ancorada. Retirado de Morin (2004).



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A redação ancorada no contexto do ensino-aprendizagem na gestão da atenção ao idoso foi descrita em etapas, a saber:

Etapa 1: contextualização inicial, desenvolvida pelo âncora (docente) e os demais participantes na UBS.

Etapa 2: a proposta metodológica e cronograma de coleta de dados foram explicados pelo docente de modo que os participantes conhecessem e aprovassem o método. A sugestão coletiva foi que o foco recaísse sobre a avaliação do processo ensino-aprendizagem no planejamento da atenção ao idoso na atenção básica.

Etapa 3: avaliação das perguntas, elaboradas pelos participantes, direcionadas pelas decisões da etapa 2.

Etapa 4: distribuição dos papéis necessários para o desenvolvimento da redação final, que foram: secretários (acadêmicos da pós-graduação), testemunha (acadêmico da graduação), pessoa recurso (trabalhador da equipe de saúde) e âncora (docente).

Etapa 5: ciclos de redação, compostos pelas fases: exploração, reflexão e avaliação dos dados em triplicata. O grupo manteve-se unido nas fases exploração e avaliação. A etapa de reflexão foi realizada somente pelo âncora (editorialista), observador participante (testemunha) e a pessoa-recurso.

Etapa 6: o texto e análise, como produto final da redação ancorada, foram lidos pelo âncora e debatidos em plenária por todos os integrantes do grupo, na forma de uma reunião.

A PAIS é dinâmica onde a participação das pessoas nas relações é estabelecida pela comunicação existente entre elas, como observado em todas

as etapas. O diálogo é potencial ferramenta educativa que permite a resolução de um problema no cenário do participante. Essa relação próxima se diferencia das demais abordagens, principalmente pela formação de vínculo (PEREIRA, CONCEIÇÃO, 2013).

A redação ancorada possibilita a reflexão do tema no que se refere aos ciclos da redação (etapa 5), onde os passos foram construídos coletivamente assim, colabora na aprendizagem cooperativa, na clareza conceitual propostas nas trocas de saberes interativos que visam à compreensão de uma problemática complexa. Também na perspectiva integral quanto à modificação da ação permeada pelos saberes coletivo (MORIN, 2004).

As estratégias educativas no processo de ensino-aprendizado são estimuladas pelos profissionais de saúde no sentido dos participantes apreenderem o autocuidado e se tornem replicadores desse conhecimento na comunidade onde residem (FERRETTI, et al 2014).

Nessa direção, cabe explicitar a coerência que envolve a participação nas etapas da redação, condizente com a proposta apresentada no referencial metodológico da PAIS, pois, possibilita a inovação de métodos e técnicas nas pesquisas de saúde.

4. CONCLUSÕES

A técnica da redação ancorada enquanto proposta participativa demonstrou ser importante instrumento para a construção do conhecimento coletivo do processo de ensino-aprendizado na gestão de pessoas idosas na atenção básica. Contribui na produção e disseminação dos saberes científico de pesquisadores na saúde, proporcionam transformações e melhorias efetivas na atenção básica. A pesquisa-ação integral e sistêmica, enquanto referencial metodológico abrange as ações de um grupo, cumpre-se para um grupo e é realizada pelos atores do grupo, portanto, se constrói e é analisada em todo seu percurso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARGO, M., MERCER, S. L. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. **Annu Rev Public Health**, v. 29, 325-50, 2008.

DIAS, S., GAMA, A. Contributos da abordagem qualitativa e participativa para a translação do conhecimento na área da saúde sexual em populações mais vulneráveis. In: **INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE**, Porto, PT. Anais (Vol. 2, pp. 262-269). Porto, PT. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, 2016, vol. 2. p. 262-69.

MORIN, A. **Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada** (M. Thiollent, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: DP&A 2004.

OLSEN, W. **Coleta de dados: debates e métodos fundamentais em pesquisa social** (D. Bueno, Trans.). Porto Alegre, RS: Penso, 2015.

PEREIRA, A. B., CONCEIÇÃO, M. I. G. Processo de desligamento entre pesquisadores e participantes na pesquisa-ação. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, RJ. v. 25, n. 1, p. 109-26, 2013.

FERRETTI, F. GRIS, A., MATTIELLO, D., TEO, C.R.P.A., SÁ, C. **Rev. salud pública**. Bogotá, Colombia. v.16, n. 6, p. 720-32, 2014.

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: CONSTRUINDO PROFISSIONAIS PREPARADOS PARA ATUAREM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

JÉSSICA SIQUEIRA PERBONI¹; JÉSSICA CARDOSO VAZ²; STEFANIE
GRIEBELER OLIVEIRA³; VIVIANE MARTEN MILBRATH⁴

¹Universidade Federal de Pelotas - jessica.cardosovaz@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas - jehperboni@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas - stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas - vivianemarten@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A desarticulação entre as políticas do ministério da saúde e da educação causam uma série de divergências que contribuem no distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, faz-se necessário o estímulo de mudanças na formação profissional para que a mesma venha ao encontro com as necessidades do sistema, tornando possível uma aproximação efetiva de uma assistência de qualidade (CAMPOS; et al., 2001).

Essa proposta, de fazer mudança no método de ensino-aprendizagem se refere às Metodologias Ativas (MA) que permitem que o aluno seja protagonista do processo de aprendizagem, fazendo com que o professor e o aluno participem efetivamente da construção do saber, desconstruindo o método antigo e tradicional de aprendizagem. Nesse sentido, essas metodologias promovem a formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de solucionar problemas, capacitados para atender as demandas da sociedade no contexto atual (COSTA; et al, 2015; FREITAS; et al, 2009).

Neste tipo de metodologia o professor atua como um facilitador no processo de ensino-aprendizagem, e deve desenvolver novas habilidades que promovam a participação ativa do discente no seu processo de ensino-aprendizagem, de forma criativa, apoiando o mesmo, sabendo escutar, proporcionando ao discente um ambiente com liberdade que permita as suas expressões. (MITRE, et al., 2008; BERBEL, 2011).

Frente ao exposto, esta reflexão tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a utilização de MA de ensino-aprendizagem nas instituições de ensino superior dos cursos da área da saúde, pois, faz-se necessário atentarmos para os métodos de ensino ofertados, tanto na graduação quanto nos programas de pós-graduação, possibilitando assim, a realização de uma contextualização sobre as mudanças ocorridas nesse cenário e quais as suas implicações na vida do estudante e futuro profissional.

2. MÉTODO

Trata-se de uma reflexão em relação às modificações que vem sendo realizadas nas práticas pedagógicas de ensino-aprendizagem da grade

curricular dos cursos da área da saúde. Tal reflexão é produto do trabalho final da disciplina Práticas de atenção, ensino e pesquisa em enfermagem e saúde ofertada pelo programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). A questão norteadora do estudo foi: “Quais as implicações do uso de MA nos cursos da área da saúde?”. Para responder ao objetivo da questão, foi criado um texto narrativo apresentando diversas reflexões em relação ao uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem nos cursos da área da saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ensino e aprendizagem voltados para as necessidades dos serviços de saúde e a população

Historicamente os cursos da área da saúde utilizam métodos de ensino conservadores e tradicionais, os quais o processo de ensino-aprendizagem é fragmentado, não sendo exercitado a criticidade, criatividade e reflexão do aluno. Sendo assim, o perfil do egresso, muitas vezes não satisfaz as necessidades da população, ressaltando assim, a necessidade das instituições de ensino superior realizarem mudanças drásticas no método de ensino, permitindo a transformação desse profissional (MITRE, et al., 2008).

Na busca de um profissional capacitado para atuar no SUS, são necessárias mudanças na estrutura dos componentes de formação dos graduandos nos cursos da área da saúde, na pretensão de que os egressos sejam profissionais comprometidos, dominando os diversos aspectos que envolvem um bom atendimento, com autonomia, sendo capazes de criar, planejar, implementar e avaliar as suas ações de acordo com as políticas públicas, sanando as necessidades de saúde das pessoas (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014; XAVIER; et al., 2014).

Para a realização de uma assistência humanizada, que contemple as necessidades sociais, a teoria e a prática devem estar sempre entrelaçadas, permitindo que o aluno desenvolva as habilidades necessárias para que possam ser profissionais comprometidos e que desenvolvam uma assistência efetiva e de qualidade, obtendo uma visão crítica com a finalidade de solucionar os problemas reais encontrados nos serviços (SOBRAL; CAMPOS, 2012; MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

Desafios na utilização de metodologias ativas

A implementação de MA de ensino-aprendizagem gera grandes desafios, tanto estruturais como organização acadêmica e administrativa das instituições, como pedagógicas, que são relacionadas às crenças, valores e modo de fazer dos alunos e professores. Esses desafios estão relacionados a dificuldades em aplicar o novo método, problemas de curriculares e também resistência dos docentes em modificarem a sua prática, que muitas vezes já esta cristalizada, causando uma série de transtornos para romper com seus próprios conceitos já construídos (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

Além disso, um dos princípios das MA é a promoção da autonomia, entretanto, realizar um educação que permita a construção da autonomia

individual, com a visão do todo, que seja transdisciplinar, abrangendo os aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais, é mais um dos desafios dessa nova prática pedagógica (MELO; SANT'ANA, 2012).

Essa metodologia exige mudanças drásticas no sentido de organização e maturidade, pois o aluno é responsável pela construção do conhecimento, e isso pode acabar pressionando o mesmo. Ao realizar a busca pelo conhecimento, o discente muitas vezes se sente perdido em relação ao conteúdo, pois não tem a resposta pronta disponibilizada pelo professor fazendo com que se sinta confuso nesse processo (MARIN; et al., 2010).

Diante do contexto, faz-se necessário a capacitação dos docentes para atuarem com MA, principalmente na prática reflexiva, para que possam estimular os alunos a serem críticos, realizarem questionamentos, promovendo a imersão do discente nesse novo método, fazendo com que o mesmo possa visualizar seu lugar no mundo, a partir de suas vivências, o contexto social e cenários políticos (PRADO; et al, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As MA estão ocupando os espaços dentro das universidades do Brasil, trazendo novas propostas de ensino-aprendizagem que venham de encontro com as necessidades presentes no SUS, bem como as necessidades da população.

Entretanto, utilizar esse novo método ainda é um desafio, dentro de um contexto carregado por um marco histórico com um modelo tradicional de ensino. Os obstáculos em relação à avaliação, resistência de alunos e professores, distanciamento do novo método, estão presentes nas MA. Portanto, faz-se necessário a realização de mais pesquisas frente ao tema, para que seja possível uma melhor compreensão dos aspectos que ainda precisam de ajustes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERBEL, N. A. N. Metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Ciências Sociais e Humanas**. Londrina. v. 32, n. 1, p.25 – 40, 2011.

CAMPOS, F. E., et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. v.25, n. 2, 2001.

COSTA, R.R.O.; MEDEIROS, S.M.; MARTINS, J.C.A.; MENEZES, R.M.P.; ARAÚJO, M.S. O Uso da Simulação no Contexto da Educação e Formação em Saúde e Enfermagem: Uma Reflexão Acadêmica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.16, n.1, p.59-65, 2015.

FREITAS, V.P. et al. Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem. **Revista da Faculdade de Odontologia –UPF**. Passo Fundo. v.14, n.2, 2009.

MARIN, M. J. S., et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. v.34, n.1, p. 13-20, 2010.

MELLO, C. C. B.; ALVES, R. O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica**. v.16, n.6, p.2015-2028, 2014.

MELO, B.C.; SANT'ANA, G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Com. Ciências Saúde**. v.23, n. 4, p.327-339, 2012.

MESQUITA, S. K. C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p.473-486, 2016.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 13, (sup 2), 2008.

PRADO, M. L., et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro. v.16, n.1, 2012.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e na assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v.46, n.1. p.208-218, 2012.

XAVIER, L. M., et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais da saúde: uma revisão integrativa. **Sanare**. Sobral. v.13, n. 1, p.76-83, 2014.

METODOLOGIAS ATIVAS EM UMA DISCIPLINA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIENCIA

JÉSSICA CARDOSO VAZ¹; JÉSSICA SIQUEIRA PERBONI²; VIVIANE MARTEN MILBRATH³; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas - jessica.cardosovaz@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas - jehperboni@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas - vivianemarten@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas - stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Vários debates sobre a educação em saúde no ensino superior vêm ocorrendo ao longo dos anos, enfatizando a necessidade dos profissionais estarem em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disto, as instituições acadêmicas na área da saúde buscaram novas estratégias para a formação, no qual o profissional precisa ser capaz de criar, planejar, implementar e avaliar as políticas de saúde, os futuros profissionais devem além do domínio técnico-científico, ter a capacidade de aprender a aprender. Para a aquisição de tais habilidades e competências, é pertinente a utilização de metodologias ativas (MA), pois essas instigam o discente a participar do processo de ensino-aprendizagem, assumindo assim o papel de construtor do seu conhecimento e não somente receptor de informações, como no método tradicional (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

As MA são uma concepção educativa que possui processos de ensino-aprendizagem crítico e reflexivo, na qual o educando participa e compromete-se com o aprendizado (COSTA; et al, 2015). Borges e Alencar (2014) dizem que podemos entender as MA como maneiras de desenvolver o processo de aprender, a utilização destas pode favorecer a autonomia do educando, despertando curiosidade e estimulando tomadas de decisões. A problematização está na MA utilizada, que objetiva instigar o estudante mediante problemas, pois assim tem-se a possibilidade de examinar, refletir, posicionar-se de forma crítica. A opção por uma MA deve ser feita de forma consciente, pensada e, sobretudo, preparada, já que envolve mudanças na maneira de guiar a aula e de repensar a mediação e interação com os discentes.

Dentro das MA, destaca-se a aprendizagem baseadas em problemas (problem based learning - PBL), a qual se configura como método aplicável a partir de uma situação-problema, no qual o discente irá utilizar seus conhecimentos pré-adquiridos e refletir sobre a situação enfrentada, e ao mesmo tempo, agregar novas informações àquelas já existentes (MELLO; ALVES; LEMOS, 20014).

O facilitador apresenta um problema pré-elaborado, com temas essenciais para que os estudantes cumpram o currículo e estejam aptos para o exercício profissional. Os discentes estudam o problema de forma individual e coletiva, posteriormente o grupo reúne-se novamente pra discussão, objetivando a existência de um cenário de estudo, onde se tenta articular

conteúdos, não representando uma realidade fidedigna (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Este trabalho trata-se do relato da experiência das autoras durante a vivência de uma disciplina do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem—Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), a qual tem uma prática de ensino que utiliza MA, compreendendo-se como inovadora e instigante para os participantes envolvidos, desenvolvendo as potencialidades dos discentes para assumirem-se como protagonistas do processo de formação. Uma vez que, estimulava a participação dos estudantes no processo de construção do conhecimento, trazendo-o para desenvolver um discurso próprio de maneira ativa, e tendo o docente como facilitador do processo (HERMIDA; BARBOSA; HEIDEMANN, 2015). A relevância desta experiência constitui-se de uma prática inovadora com características específicas do contexto de enfermagem, evidenciando uma experiência enriquecedora e que apesar da sua peculiaridade, poderá servir como exemplo e estímulo para outras disciplinas. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da participação em uma disciplina que se insere nas MA.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência resultante da utilização de MA de ensino, desenvolvida na disciplina “Práticas de Atenção, Ensino e Pesquisa em Enfermagem e Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPeL, a qual ocorreu no primeiro semestre de 2017, participaram da disciplina duas docentes e treze discentes. Os discentes eram divididos em trios para realizar a atividade, a partir dos temas que os facilitadores disponibilizaram eram distribuídos dois textos para leitura a cada trio com assuntos distintos, porém que abordavam o mesmo tema. Os alunos precisavam elaborar uma aula explicativa para os colegas podendo utilizar de vídeos, músicas, multimídia, etc., mas, não era permitido utilizar a escrita.

Ao final das apresentações dos grupos eram realizadas rodas de conversas sobre todos os assuntos dos grupos e podia-se discutir sobre o seu posicionamento frente à temática.

A proposta da disciplina era fornecer elementos para a análise crítica do ensino, atenção e pesquisa relacionando-os com as práticas sociais em enfermagem e saúde e o modo como a pessoa insere-se socialmente influencia e é influenciada pelo contexto histórico e social.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como a graduação em Enfermagem da UFPeL é baseada nas MA, exigindo que o discente seja crítico e reflexivo e busque seu conhecimento, os mestrandos que obtiveram sua formação na instituição sentiram-se mais adaptados por já conhecerem a metodologia utilizada pelo Programa de Pós-Graduação. Porém, mesmo para os que já conheciam e formaram-se através das MA, a disciplina lançava um desafio.

Dificuldades ao realizar a disciplina: devido os trabalhos precisarem serem apresentados de uma forma sem textos, exigia dos discentes uma reflexão maior sobre o texto a ser estudado. Necessitando de criatividade ao elaborar a aula e explicar para o restante da turma. Por ser algo novo e nunca

visto pela maioria, causava incertezas e estranhamento da metodologia utilizada, algo completamente esperado já que o novo causa medo inicialmente e é preciso enfrentar tais limites e desafios e comprometer-se com o processo de interação.

Facilidades ao realizar a disciplina: por não necessitar de um rigor a ser seguido, os mestrandos sentiam-se confiantes, e descontraíam-se com as imagens e situações que eram apresentadas com os artigos, o que facilitava o entendimento aos colegas e trazia à sensação de entretenimento as aulas. Aos poucos os discentes foram sentindo-se mais livres com a maneira que a disciplina era regida, o que proporcionava maior discussão sobre os assuntos e entusiasmo com a realização dos próximos textos.

4. CONCLUSÕES

Para os mestrandos, a disciplina de “Práticas de Atenção, Ensino e Pesquisa em Enfermagem e Saúde” teve uma abordagem singular e valiosa para a compreensão dos temas estudados. Com aulas dinâmicas, desde o primeiro encontro com a apresentação da disciplina, na qual os docentes mostraram a proposta de ensino-aprendizagem.

A experiência apesar de ter sido apenas em uma disciplina do Programa de Pós-graduação em Enfermagem caracterizou-se de forma diferenciada o ensinar e aprender.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, T.S.; ALENCAR, G. Metodologias Ativas na Promoção da Formação Crítica do Estudante: O uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. Salvador, v. 3, p. 119-143, 2014.

COSTA, R.R.O.; MEDEIROS, S.M.; MARTINS, J.C.A.; MENEZES, R.M.P.; ARAÚJO, M.S. O Uso da Simulação no Contexto da Educação e Formação em Saúde e Enfermagem: Uma Reflexão Acadêmica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.16, n.1, p.59-65, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática Educativa**. 25 Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

HERMIDA, P.M.V.; BARBOSA, S.S.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v.5, n.4, p.683-691, 2015.

MELLO, C.C.B.; ALVES, R.O.; LEMOS, S.M.A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica**. v.16, n.6, p.2015-2028, 2014.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e na assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v.46, n.1. p.208-218, 2012.

**DESAFIOS DA OBSERVAÇÃO FLUTUANTE E ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA EM ESPAÇOS PÚBLICOS: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

CARLA WEBER PETERS¹; JÉSSICA CARDOSO VAZ²; GLAUCIA JAINE
SANTOS DA SILVA³; CELMIRA LANGE⁴; VIVIANE MARTEN MILBRATH⁵;
JULIANA ZILLMER⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – carlappeters@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – jessica.cardosovaz@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – glauciajaine@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – celmira_lange@terra.com.br

⁵ Universidade Federal de Pelotas – vivianemarten@hotmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – juzillmer@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Este é um relato de experiência quanto a realização da coleta de dados em pesquisa de abordagem qualitativa, a partir das técnicas de observação flutuante e entrevista semiestruturada em espaço público baseado na vivência de mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, quando na oportunidade foi realizado um exercício da disciplina de Pesquisa Qualitativa em Saúde.

A pesquisa de abordagem qualitativa tem como premissa "analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano" (MARCONI; LAKATOS, 2011, p.269). A observação e a entrevista são importantes técnicas utilizadas, a primeira pode ser considerada o passo inicial da investigação social possibilitando o conhecimento da realidade através do uso dos sentidos, a segunda fundamenta - se na obtenção de informação verbal sobre um assunto ou problema específico por meio de uma conversação profissional e presencial, para qual o pesquisador necessita sobretudo ouvir e conduzir (MARCONI; LAKATOS, 2015).

O objetivo é relatar a experiência de estudantes de mestrado na realização da observação flutuante e entrevista semiestruturada em um espaço público, considerando seus desafios.

2. METODOLOGIA

O exercício que resultou na escrita desse relato ocorreu no período de fevereiro a março de 2017, abrangendo a etapa de coleta de dados de um estudo de abordagem qualitativa, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Pesquisa Qualitativa em Saúde, cujo objetivo principal era: conhecer a vivência dos guardadores de carro de uma cidade do Sul do Brasil.

Contribuiu para este resumo: Prof.^a Dr.^a Rosani Manfrin Muniz como ministrante da disciplina de Pesquisa Qualitativa em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Tratando-se de um estudo de abordagem qualitativa, visto que, esse tipo de abordagem investiga a respeito da natureza dos fenômenos sociais, buscando respostas a realidades específicas que não podem ser quantificadas, como a vivência do ser - humano em relação a determinada situação (MINAYO, 2010).

O exercício de coleta de dados foi realizado em um espaço público, mais especificamente, no centro de uma cidade na região Sul do Rio Grande do Sul, no Brasil. Foram utilizadas as técnicas de observação flutuante e entrevista semiestruturada. A observação flutuante

[...] consiste em permanecer vago e disponível em toda a circunstância, em não mobilizar a atenção sobre um objeto preciso, mas em deixá-la “flutuar” de modo que as informações o penetrem sem filtro, sem *a priori*, até o momento em que pontos de referência, de convergências, apareçam e nós chegamos, então, a descobrir as regras subjacentes (PÉTONNET, 2008, p. 102).

Na entrevista semiestruturada o entrevistador conta com questões pré - definidas, porém tem a liberdade para esclarecer determinados aspectos de interesse do estudo conforme considerar apropriado (MARCONI; LAKATOS, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenvolvimento do trabalho de campo as mestrandas depararam - se com algumas questões a respeito das técnicas utilizadas e o local de estudo, a partir das quais foram construídas três categorias:

Descrição do espaço público

O local onde o exercício ocorreu foram os próprios ambientes de trabalho dos guardadores de carro. Tratando-se de um espaço público urbano com características comuns como o fluxo de veículos automotores e pedestres, visto a proximidade com moradias, instituições de ensino, comércios, igrejas e praças.

No qual, mestrandas e participantes do estudo estavam expostos a diversos fatores externos como o calor excessivo, os ruídos e a circulação de automóveis e pessoas, os quais parecem influenciar nas técnicas de observação e entrevista, posto que, podem prejudicar a atenção e sequência de ideias. O que demanda do pesquisador mecanismos de enfrentamento e tomadas de decisões para que sejam evitadas perdas de informações importantes.

Aproximação com o campo e participantes

Num primeiro momento foi realizada a observação flutuante, a partir da qual, perceberam o quão era difícil utilizar os sentidos para conseguir coletar o máximo de informações em um local com tantos fatores externos. No entanto, buscaram manterem - se concentradas e atentas a fim de descrever o contexto do meio, os sujeitos e as relações que o constituíam da forma mais precisa e real possível.

Em seguida, foi realizada a aproximação com os guardadores de carro, os quais mostraram-se receptivos e dispostos em compartilhar suas vivências, porém no decorrer da entrevista apresentaram respostas curtas e objetivas não aprofundando-se sobre as questões propostas. O que acredita-se estar relacionado ao fato de não ter sido possível proporcionar um ambiente mais acolhedor e com maior privacidade e que por isso possa ter ocorrido perda de informações que poderiam melhor contemplar os objetivos do estudo.

Observação flutuante e entrevista semiestruturada: desafios encontrados

De acordo com a experiência que o exercício de observação flutuante e entrevista semiestruturada proporcionaram, pode-se perceber que os desafios encontrados pelas mestrandas estavam justamente relacionados ao local em que foram realizadas: o espaço público. Uma vez que, a utilização dessas técnicas nesse espaço embora permita apontar algumas vantagens como a aproximação do pesquisador com a realidade referente à sua questão norteadora e a possibilidade de interação com os diferentes atores e fatores que a constituem, são várias as limitações para o desenvolvimento de uma boa pesquisa.

Das quais, destaca - se a falta de conforto e privacidade que um local adequado proporciona aos entrevistados. Exigindo esforços dos pesquisadores para preservação dos princípios éticos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e a manutenção da qualidade da pesquisa.

Além da influência de fatores externos prejudiciais à atenção do entrevistador e do entrevistado, tais como a temperatura, os ruídos e a dinâmica do local. Sendo necessário que o pesquisador tenha a habilidade de aguardar o momento mais adequado ao participante para realizar a entrevista e retomar pontos importantes na evidência de interrupção do raciocínio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de ir a campo no papel de observador e entrevistador foi importante para o desenvolvimento de habilidades enquanto jovens pesquisadoras. Levando a compreensão que a utilização das técnicas de observação flutuante e entrevista semiestruturada em espaços públicos, apesar dos desafios apresentados, podem contribuir para entender a relação construída entre os indivíduos e o contexto em que está inserido. No entanto, para isso exige maior preparo, reflexividade constante, habilidade e capacidade de enfrentamento e tomada de decisão do pesquisador.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acessado em: 28 ago. 2017.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PÉTONNET, C. Observação flutuante: o exemplo de um cemitério parisiense. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia**, Niterói: EdUFF, n. 25, p. 99-111, 2008.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ENTREVISTA EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PÓS-GRADUANDAS

BÁRBARA RESENDE RAMOS¹; GABRIELA BOTELHO PEREIRA²; JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER³; ANGELA JAQUELINE SINNOTT DIAS⁴; ANGELA RAQUEL WOTTER DIAS⁵; NEILA CRISTINA CARVALLÓ VIANA⁶

¹Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPel EBSERH – barbararesende.ramos@gmail.com

²Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPel EBSERH – gabrielabotelhopereira@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – UFPel – juzillmer@gmail.com

⁴Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPel EBSERH – angela.jsd@hotmail.com

⁵Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPel EBSERH – luzangelaraquel@hotmail.com

⁶Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE UFPel EBSERH – neyla.super2005@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A investigação qualitativa permite uma aproximação entre o pesquisador e o pesquisado, baseada em criação de vínculo, exigindo estratégias para guiar a entrevista de maneira empática, atentando para a oralidade e as diversas formas de linguagem (ALMEIDA, 2016). A pesquisa de campo exige um preparo rigoroso para que o pesquisador, ao interagir com o participante, saiba o que e como observar, tendo consciência de que ele influencia e é influenciado pelo cenário e pelos participantes (FERNANDES; MOREIRA, 2013). As técnicas mais frequentes para coleta de dados em pesquisa qualitativa são a entrevista e a observação participante. A observação participante permite ao pesquisador imergir no contexto estudado, visualizando processos, captando gestos, sinais, impressões. Já a entrevista consiste em uma escuta atenta, podendo ser individual ou em grupo, que permite o levantamento de informações pertinentes ao objeto da pesquisa (ALMEIDA, 2016; FERNANDES; MOREIRA, 2013). No livro “*El encuentro con el Otro*”, Kapuscinski descreve que o encontro pode apresentar conflitos uma vez que vai além do pensamento, envolve sentimentos, emoções e sensações que se despertam no outro, repercutindo em ações (VIDAL, 2016). Entre inúmeros cenários de investigação na área da enfermagem temos a unidade de tratamento intensivo (UTI), onde o trabalho do enfermeiro é permeado de situações complexas, inerentes ao cuidado ao paciente em situação crítica de saúde, além de exigir atualização constante, especializada e familiarizada com o aporte tecnológico presente na unidade (CRUZ et al., 2014). Frente ao apresentado, este relato tem por objetivo descrever as experiências de pós-graduandas na realização da observação participante e entrevista em uma UTI

de um hospital universitário federal, com ênfase nos desafios quanto aos aspectos teórico metodológicos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado a partir de uma atividade proposta pela Disciplina de Pesquisa Qualitativa em Saúde, no semestre 2016/2. Tal atividade tinha como objetivo investigar um objeto de estudo e seu contexto, utilizando as técnicas de observação participante e entrevista. A UTI foi escolhida por ser o setor de duas das pesquisadoras, para se responder a seguinte questão: “Qual a percepção do funcionário da higienização sobre trabalhar em uma unidade de tratamento intensivo?”

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para desenvolver o objetivo proposto e melhor compreensão, foram construídos três núcleos: conhecendo a UTI; desenvolvendo a observação participante; e realizando a entrevista.

Conhecendo a unidade de tratamento intensivo: A UTI onde o estudo foi desenvolvido recebe pacientes de especialidades clínica e cirúrgica, com destaque para hematologia e cirurgia oncológica. Pela literatura, o conflito ocorre quando o pesquisador volta-se a estudar o próprio cenário de trabalho. Nestes casos, espera-se que os pesquisadores lidem com este estranhamento com bom senso, voltando-se para os objetivos do estudo, questionando quais as limitações que podem ser impostas, a fim de que a pesquisa se desenvolva de forma ética e harmônica (FERNANDES E MOREIRA, 2013).

Desenvolvendo a observação participante: A observação participante é a possibilidade de conhecer o cenário onde acontece o processo que será estudado, e se fazer conhecer aos participantes. A observação realizada em um prazo moderado, permite aos pesquisadores captar maior quantidade e qualidade de detalhes do cotidiano estudado, amadurecendo percepções e ideias (FERNANDES E MOREIRA, 2013).

Observar o local de trabalho é desafiador, pois instiga o pesquisador a buscar além do que observa no seu dia a dia. Para superar esta limitação, esta técnica foi realizada por três pós-graduandas, em dias distintos, no turno da tarde, desde a troca do plantão da enfermagem, até a saída da funcionária da higienização. O foco estava na interação da pesquisada com os funcionários, o ambiente e os pacientes, ao desenvolver suas atividades. Todas observaram e fizeram suas anotações, sendo o relatório final um conjunto dos três olhares, a partir do roteiro de observação que serviu como guia.

Realizando a entrevista: A entrevista complementa a observação, em um processo de escuta ativa. O local onde será realizada a entrevista deve garantir a privacidade e liberdade de expressão, sendo esta iniciada com uma questão norteadora, seguida por questões retiradas da própria fala do sujeito (PAULA et al 2014).

A entrevista foi realizada pelas três enfermeiras após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo dirigida por uma das pesquisadoras

e gravada em áudio. Na realização da entrevista, as primeiras perguntas originaram respostas vagas e afirmativas/negativas (como “sim”; “não” e “eu gosto”), causando inquietação nas entrevistadoras. A escolha do cenário, os objetivos e o objeto do estudo são diretamente ligados à percepção que os autores têm sobre o fenômeno que vão estudar. A cada resposta, formulava-se uma nova pergunta, com o intuito de explorar a experiência que estava sendo compartilhada.

4. CONCLUSÕES

A técnicas de observação participante e entrevista foram utilizadas por permitir uma aproximação maior com o objeto, com inserção do pesquisador no cenário de atuação do pesquisado, de forma que o uso de ambas complementou e potencializou os resultados, mas requerem treinamento e preparo por parte dos pesquisadores. A escolha de estudar o local de trabalho foi igualmente, um desafio e uma conquista, pois facilitou a inserção no cenário a ser explorado, mas também suscitaram discussões sobre quais as influências este pertencimento pode ter refletido, levando as autoras a reflexões constantes, voltando-se para o objetivo a ser alcançado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, TSC. Triangulação de técnicas para coleta de dados em pesquisa qualitativa em saúde. **Textura**, Governador Mangabeira – BA, v. 9, n. 17, p. 107-117, 2016.

FERNANDES, FMB; MOREIRA, MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [2], p. 511-529, 2013.

VIDAL, LEF. **El encuentro con el Otro**. Dialnet, 2016. Acessado em 20 ago 2017. Online. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-ElEncuentroConElOtroRyszardKapuscinskiEspanaAnagra-5752961.pdf>

CRUZ, EJER; SOUZA, NVDO; CORREA, RA; PIRES, AS. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 18(3), jul-set, 2014.

PAULA, CC; PADOIN, SMM; TERRA, MG; SOUZA, IEO; CABRAL, IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 67(3), p. 468-472, 2014.

RECORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EM UM DISTRITO DE SAÚDE - PORTO ALEGRE

Aimeé Lersch¹; Beatriz Sebben Ojeda², Andreia da Silva Gustavo³, Andrea Gonçalves Bandeira⁴, Caroline Scola da Silva⁵, Isadora Santos Bueno⁶

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – aimee.lersch@acad.pucrs.br

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – bsojeda@pucrs.br

³Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – andrea.bandeira@pucrs.br

⁴Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – andreia.gustavo@pucrs.br

⁵Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – caroline.scola@acad.pucrs.br

⁶Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – isadora.bueno@acad.pucrs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde definem a adolescência, cronologicamente, como o período entre os 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade. A adolescência caracteriza-se como um processo de transformação sociocultural baseado em múltiplos critérios que seguem as dimensões: biológica da puberdade, e a maturidade psicológica, cognitiva e social. (OMS, 1965; MS, 2010; GRILLO et al., 2012; DAVIM et al., 2009; QUEIROZ et al., 2011).

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo com impactos à saúde, desempenho escolar e das oportunidades de formação para o trabalho. Em nível mundial este fenômeno é considerado um problema de saúde pública. Estima-se que aproximadamente 18 milhões adolescentes abaixo de 20 anos dão à luz a cada ano, sendo dois milhões menores de 15 anos (UNICEF, 2011; OMS, 2012).

No ano de 2012 em Porto Alegre, 14,7% dos nascidos vivos (NV) eram de mães com idade inferior a 20 anos. Na Região Distrital de Saúde Leste/Nordeste de Porto Alegre (LENO-PoA) 13% dos NVs eram de mães com idade entre 10 e 14 anos e 13,71% de mães entre 15 e 19 anos. Dados de 2011, estratificados por raça, apresentaram prevalência de mães adolescentes negras (CUNHA et al., 2012; DATASUS, 2012; SMS, 2013).

A recorrência gestacional é definida como a ocorrência de duas ou mais gravidezes, seguidas de gestação e nascimento de filho vivo antes dos 20 anos, não importando o quão cedo ocorreu o primeiro evento e o intervalo entre um e outro e se houve alguma gestação não levada a termo (ROSA, 2007).

O impacto desse fenômeno apenas recentemente vem recebendo atenção. Estudos sobre o perfil sociodemográfico dessa população identificaram baixa escolaridade e renda familiar, abandono escolar, primeira gestação anterior a 16 anos, não conhecimento ou uso inadequado de métodos anticoncepcionais, não planejamento gestacional, raça preta ou parda e dependência financeira (SILVA et al., 2013; VIELLAS et al., 2012; SANTOS et al., 2009; JORGE, 2012; NERY et al., 2011).

Tendo em vista a escassez de investigações sobre esta temática, o presente estudo tem como objetivos identificar a prevalência da recorrência da gravidez na adolescência e caracterizar o perfil sociodemográfico dessas

adolescentes no distrito de Saúde Leste/Nordeste de Porto Alegre-LENO-Poa, RS.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo. A amostra do estudo foi captada na base de dados Sistema de Informações de Nascidos Vivos-SMS-PoA (SINASC), sendo composta por adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, adstritas nas unidades de saúde do distrito LENO-PoA, com no mínimo dois filhos vivos, no período de 2012 a 2014. Para análise dos dados foi utilizado o software SPSS versão 17.0. Foi utilizada análise descritiva, os dados são apresentados por frequências absolutas e relativas. Para calcular a prevalência da recorrência gestacional das adolescentes a partir da seguinte fórmula:
$$\frac{[\text{N}^\circ \text{ de adolescentes (10-19 anos) que tiveram filhos vivos no período 2012-2014 e que tiveram uma ou mais reincidências gestacionais}]}{\text{total de adolescentes adstritas às unidades de saúde que tiveram filhos vivos 2012-2014}} \times 100.$$

Considerando as disposições legais e éticas contidas nas Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/12), este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP-PUCRS Parecer nº: 1.329.872) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP-SMS Parecer nº1.386.743).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No distrito LENO, foram encontradas 1.387 adolescentes com, no mínimo, um filho. Destas, 235 (16,9%) apresentaram recorrência gestacional na adolescência.

Conforme Tabela 1, a faixa etária prevalente das adolescentes recorrentes foi de 17 a 19 anos (92%). Quanto às variáveis “Raça/Cor” e “Estado Civil”, prevaleceram, respectivamente, mulheres brancas e solteiras. No que se refere à variável escolaridade a maioria (60,4%) estudou de 4 a 7 anos. Predominou a ocupação do lar em 79,1%. Apenas 6,4% eram estudantes, percentual este inferior às adolescentes não recorrentes com 18,6%.

Estudos recentes têm encontrado resultados semelhantes em relação ao perfil sociodemográfico de adolescentes com recorrência da gravidez, corroborando com os achados em relação à idade, estado civil, ocupação, raça/cor e anos de estudos. (BRUNO, 2009; SILVA, 2011; VELHO, 2014)

Tabela 1- Perfil sociodemográfico das adolescentes com recorrência da gravidez, no Distrito de Saúde Leste/Nordeste de Porto Alegre, RS.

Variáveis	Recorrentes (n=235) n (%)
Idade (em anos)	
13-14	1 (0,4)
15-16	18 (7,6)
17-19	216 (92,0)
Raça/Cor	
Branca	139 (59,1)
Preta	53 (22,6)
Parda	42 (17,9)
Indígena	0 (0,0)
Ignorado	1 (0,4)
Estado Civil	
Solteira	148 (63,0)
União Consensual	79 (33,6)
Casada	8 (3,4)
Ignorado	0 (0,0)
Escolaridade	
1-3 anos	3 (1,3)
4-7 anos	142 (60,4)
8-11 anos	86 (36,6)
≥ 12 anos	2 (0,9)
Ignorado	2 (0,9)
Ocupação Habitual	
Do Lar	186 (79,1)
Estudante	15 (6,4)
Outros	34 (14,5)

Fonte: Dados provenientes do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) fornecidos pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) de Porto Alegre/RS, referentes ao período de 2012 a 2014

4. CONCLUSÕES

A partir dos dados coletados identificou-se a prevalência da recorrência da gravidez em adolescentes de 16,9% no distrito LENO-PoA.

A maioria das adolescentes apresentou idade mais avançada, sugerindo que a gravidez precoce poderia favorecer a recorrência da mesma nas adolescentes. Prevaleram as solteiras, brancas, com ocupação habitual “Do Lar” e escolaridade de 4 a 7 anos.

A partir dos resultados do estudo pretende-se contribuir para a formulação de propostas e estratégias educativas, em conjunto com as equipes dos serviços, para que as adolescentes e suas famílias conheçam com maior profundidade as implicações orgânicas e sociais da gravidez precoce na adolescência e possam fazer suas escolhas de forma mais consciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUNO, Z.V. *et al.* Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.31, n.10, 480-484p. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/02>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

CUNHA, Juarez; FLORES, Rui. Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos- Relatório 2012 – Dados Georreferenciados. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, 2012.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa *et al.* Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev Rene**, Fortaleza, v.10, n.2, 131-140p, abr./jun. 2009. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_14.html>. Acesso em: 06 ago. 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Sistema de Nascidos Vivos. Ministério da Saúde, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Fundo das Nações Unidas para a Infância – Brasília, DF. UNICEF, 2011.

GRILLO Cristiane de Freitas Cunha *et al.* Saúde do Adolescente. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2012.

JORGE, Mariana Gomes. **Recorrência de gravidez em adolescentes de 18-19 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro**, 2012. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

NERY, I.S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.1. 31-37p. Jan./fev. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Problemas de salud de la adolescência. Informe de um Comité de Experts de La OMS. **Série Informes Técnicos**, 308, Genébra, 1965.

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014-2017.pdf>. Acesso em 08 ago. 2017.

QUEIROZ, M.V.O. *et al.* Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso

dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev Rene**, v.12, n.esp., 1036-1034p, Fortaleza, 2011. Disponível em < http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a20v12esp_n4.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

ROSA, A. J. **Novamente grávida: Adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis – MT**. 2007. 233f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - USP: Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2007.

SANTOS, J.O. *et al.* Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **Rev Inst Ciênc Saúde**, v.27, n. 2, 115-121p, 2009. Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a003.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

SILVA, A. A.A. *et al.* Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.3, 496-506p. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a08v29n3.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

SILVA, K.S. *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, 2485-2493p, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n5/a18v16n5.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

VELHO, M.T.C. *et al.* A reincidência da gestação na adolescência: estudo retrospectivo e prospectivo em região do sul do Brasil. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v.7, n.2, 261-273p, maio/ago. 2014. Disponível em <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3509/2376>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

VIELLAS, E.F. *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**. v.15, n.3, 443-454p. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/01.pdf>>. Acesso em 06 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy: fact sheet. 2012. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>>. Acesso em 10 ago. 2017.

ENFERMAGEM E INTERNACIONALIZAÇÃO: INTERFACE DE GÊNERO E BIOTECNOLOGIAS ENTRE UNISC E ROVIRA I VIRGILE

FRANCIELI ESTER MÜLLER¹; ANALÍDIA RODOLPHO PETRY²; CASSIA FERNANDA BAUERMANN³; EMANUELLA DOS SANTOS VARGAS⁴; GUILHERME MOCELIN⁵; VERA ELENEI DA COSTA SOMAVILLA⁶.

¹Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – francieliester@hotmail.com

²Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – analidiapetry@gmail.com

³Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – cassia16.bauermann@hotmail.com

⁴Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – emanuellavargas@unisc.br

⁵Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – mocelinguilherme@gmail.com

⁶Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – veras@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O processo de internacionalização é atravessado pela troca de conhecimentos sobre variados temas. Neste sentido, as reflexões em relação as biotecnologias e os discursos de gênero podem ser vistas, a partir de discussões entre países, como discursos que reforçam compreensões culturais tidas como “naturais” e “essenciais” para o ser humano e sua convivência em sociedade.

Parte-se do princípio de que o campo de profissionais da saúde – em especial na enfermagem – atua com uma vasta gama de ferramentas de trabalho, e com intuito de adquirir o maior conhecimento, buscar-se-á compreender diferentes realidades e culturas. Amplia-se, através do intercâmbio de informações, os horizontes do pensar, problematizando conceitos estruturados e estáticos sobre gêneros, biotecnologias e suas interfaces.

O entrelace entre uma universidade brasileira e outra espanhola, pontualmente, entre seus discentes, resulta em um ganho imensurável em termos científicos e culturais. Culmina em profissionais mais envolvidos com as novas realidades e conceitos na área biotecnologias de gênero que são ampliadas para questões de, tanto de formação familiar, bem como, de sociedade. Entende-se que estas experiências acrescentam uma visão humanística muito além da formação profissional, pois permite a formação de indivíduos com visão ampliada em termos éticos e morais. Deste modo, o profissional de enfermagem encontra-se em um meio que exige o gostar do outro, ou seja, possuir um olhar empático, observando além de seus corpos.

Esta forma de envolvimento, na qual a empatia é a tônica, pode auxiliar os profissionais a atuarem a despeito de suas crenças e pensamentos, desenvolvendo o cuidado, priorizando o respeito entre os seus semelhantes.

Por meio das ideias explicitadas, tem-se por objetivo, apresentar as experiências vivenciadas no processo de consolidação do convênio interinstitucional e discorrer sobre o desenvolvimento de uma pesquisa com estudantes de enfermagem dos dois países, a partir da discussão sobre as Biotecnologias de Gênero. Desta maneira, pontuamos uma amplitude diversificada de conhecimentos e trocas de experiências entre as duas realidades.

2. METODOLOGIA

O estudo deu-se a partir de um relato de experiência. As atividades centraram-se em discussão em grupo, desenvolvimento de atividades em conjunto entre as universidades parceiras e videoconferências. Mediante estas atividades foi desenvolvido o projeto “Gênero e Biotecnologias - Interfaces entre discursos e instituições na formação de alunos dos cursos da área da saúde”, entre a Universidade de Santa Cruz do Sul e Universidad Rovira i Virgile campos de Tortosa Catalunha – Espanha.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo passou pela assinatura do convenio pelas Universidades envolvidas, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, que produziram uma serie de reflexões, relacionadas a exigências distintas, que necessitam estar alinhadas.

Através destas atividades, nos têm sido possível compreender melhor a articulação entre os diferentes conceitos que cercam o campo das biotecnologias de gênero. Além das questões teóricas e conceituais que cercam a pesquisa, importa pontuar a relevância para os estudantes em compreender o funcionamento, a articulação e a formação dos acadêmicos em enfermagem destes dois países. Em uma das videoconferência, por meio das falas dos docentes, explanou-se sobre a forma de ingresso, a graduação, e a aceitação dos acadêmicos frente a tais assuntos, entre ambos os países. Exemplificando de maneira palpável as possibilidades que o mundo acadêmico tem a nos oferecer, através de intercâmbios, estágios curriculares, publicações e consolidação do conhecimento.

A importância desta experiência para o acadêmico de Enfermagem centra-se, também, no contato com a realidade do intercâmbio de pesquisa, que instiga o estudante a buscar novas fontes de conhecimento nos mais variados locais, fora de seu país de origem. Além disso, expandir a temática das biotecnologias de gênero possibilita perceber que compreensões culturais implicam no modo como profissionais de saúde entendem, atendem e cuidam das pessoas que estão sob sua responsabilidade. Além do exposto, observa-se que a formação acadêmica nesta área científica se dá de maneira generalista em ambos os países, sendo que tais temáticas são pouco exploradas. Atualmente, as instituições acadêmicas encontram-se em fase de coletas de dados.

O êxito dessa parceria contou com a receptividade de ambas as instituição e dos responsáveis envolvidos, afim de estimular a internacionalização dos cursos universitários, ampliando os horizontes do conhecimento.

4. CONCLUSÕES

Esta experiência tem demonstrado que há necessidade de expandir conhecimentos, ideias e opiniões afim de qualificar o saber dos profissionais de

saúde em formação, no que tange aos conceitos que cercam as biotecnologias de gênero. Salienta-se que este relato de experiência promove o encontro de realidades diversificadas da formação e da profissão, proporcionando aos envolvidos, trocas significativas que indicam que o processo de internacionalização potencializa a qualificação profissional. A potência do estudo está nas possibilidades de, ao conhecer a realidade de outro país, repensar nossa formação, ampliando nossas fronteiras profissionais. Acrescido a ideia de formação de profissionais capacitados e habilitados para as realidades encontradas no mercado de trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MANSKE, G. S. ***Da Educação de Atletas Biotecnológicos: modos do governo sobre os esportes e doping contemporâneos***. 2014. 140 f. Tese (doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2014.

PETRY, A. R. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. ***Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)***, v. 36, p. 70-75, 2015.

ROSE, N. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose. (Parte 1) ***Revista Interface - comunicação, saúde e educação***, 2016.

AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO NO CUIDADO AO IDOSO EM UNIDADE DE PRONTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LEIDYANI KARINA RISSARDO¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI²; GIOVANA APARECIDA DE SOUZA SCOLARI³; VANESSA DENARDI ANTONIASSI BALDISSERA⁴; MARIA EMÍLIA MARCONDES BARBOSA⁵; LÍGIA CARREIRA⁶

¹Universidade Estadual de Maringá – e-mail: ka_rissardo@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – e-mail: kantorski@uol.com.br

³Universidade Estadual de Maringá – e-mail: gjscolari@hotmail.com

⁴Universidade Estadual de Maringá – e-mail: vanessadenardi@hotmail.com

⁵Universidade Estadual de Maringá – e-mail: prof.mariaemilia10@gmail.com

⁶Universidade Estadual de Maringá – e-mail: ligiacarreira.uem@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população está impactando e trazendo mudanças no perfil da sociedade brasileira, com demandas que requerem respostas das políticas de saúde, implicando em novas formas de cuidado, em especial nos serviços de urgência e emergência. Neste sentido, a avaliação da assistência em saúde ao idoso nos serviços de urgência e emergência torna-se o primeiro elemento a ser realizado para tomada de decisão, a fim de identificar situações que podem ser melhoradas nestes serviços.

Novos modelos ou enfoques de avaliação têm surgido em tempos recentes, os denominados enfoques emergentes, os quais tendem não apenas mensurar os dados avaliados, mas propõe-se impulsionar um processo de participação do conjunto de atores envolvidos nos serviços. Dentre tais modelos, Guba e Lincoln propõem a Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011).

Fundamentada no paradigma construtivista, com enfoque responsivo e formativo, a Avaliação de Quarta Geração traz um delineamento metodológico sistemático e estruturado em passos que se desenham com base na lógica dialética e da interpretação hermenêutica (GUBA; LINCOLN, 2011).

Portanto, considerando o aumento da população idosa, a relevância dos novos modelos de avaliação e a recente utilização da Avaliação de Quarta Geração nas pesquisas em saúde, propõe-se nesta pesquisa descrever um relato de experiência referente a utilização do referencial teórico-metodológico Avaliação de Quarta Geração no cuidado ao idoso em Unidade de Pronto Atendimento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação do referencial teórico-metodológico Avaliação de Quarta Geração no cuidado ao idoso em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do noroeste do Paraná, Brasil.

A coleta de dados aconteceu nos meses de Março a Agosto de 2017 e os procedimentos práticos adotados seguiram as etapas: Contato com o campo, Organização da avaliação, Identificação dos grupos de interesse, Desenvolvimento das construções conjuntas, Ampliação das construções conjuntas, Agenda de negociação e Execução da negociação.

Utilizou como técnicas de coleta de dados a observação participante e entrevista individual estabelecida por meio do círculo hermenêutico-dialético. Neste processo, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que o respondente falasse livremente sobre a assistência ao idoso na UPA. Mas, à medida que as entrevistas foram realizadas, a análise permitiu identificar questões expressas nas entrevistas seguintes, de modo que cada vez mais estas se estruturassem sem deixar de permitir que todos os entrevistados pudessem lançar novas questões. Como grupos de interesse, participaram da pesquisa 33 indivíduos, sendo 13 profissionais de saúde, 12 idosos e 7 familiares de idosos que receberam atendimento na UPA nos últimos quatro meses, e que estivessem com estado cognitivo preservado, avaliado através da aplicação do teste Miniexame do Estado Mental.

Os dados foram analisados através do Método Comparativo Constante, que permite sua execução concomitantemente a coleta. O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação de Quarta Geração leva em consideração as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse como foco organizacional. Por esta razão, percebeu-se uma sensibilização dos profissionais de saúde

sobre os resultados encontrados, os quais pretendem desenvolver estratégias para conseguir alcançar o êxito do cuidado evidenciado, como a mudança de horário de visita da sala de emergência que, atualmente, acontece apenas no período da manhã, ficando restrito para as famílias que necessitam trabalhar o dia todo.

Salienta-se que nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos *a priori* e a avaliação responsiva os determina por intermédio de um processo interativo e de negociação (BURIOLA, 2016). Ao assumir a avaliação do cuidado ao idoso na UPA como objeto de investigação no presente estudo, encontrou-se uma imensidão de dados nas entrevistas, mas ao analisá-las concomitante a coleta foi visível a construção inicial dos parâmetros da avaliação, sendo estes consolidados no processo de negociação com os grupos de interesse, através de consensos dos achados pertinentes.

A potencialidade da metodologia em dar voz aos grupos de interesse foi surpreendente neste processo, pois os sujeitos sociais opinaram e discordaram de temas que julgam pertinentes no cuidado ao idoso na UPA, quanto à ambiência, organização do serviço, valorização profissional e a relação da tríade profissional, idoso e família.

O círculo hermenêutico-dialético proporcionou a construção conjunta da investigação, sendo extremamente viável a indicação de um pesquisado a outro, enfatizando a importância de considerar opinião do sujeito. Importante destacar que as entrevistas com os idosos e seus familiares aconteceram, em sua maioria, nas residências, favorecendo a redução da timidez e o maior envolvimento dos participantes sobre o objeto avaliado.

4. CONCLUSÕES

O cuidado ao idoso é um fenômeno complexo que envolve situações de vida e relações sociais, por isso a abordagem participativa em pesquisas avaliativas que envolvem esta clientela pode contribuir de forma importante na qualidade de vida desta população. A partir da utilização da Avaliação de Quarta Geração, percebeu-se que há possibilidade dos grupos de interesse ampliar suas intervenções sobre a realidade do serviço, podendo ser sujeitos protagonistas em um processo que, em metodologias tradicionais, estão excluídos. Contudo, torna-se necessário seguir os passos estabelecidos por Guba e Lincoln, a fim de proporcionar uma avaliação que tenha qualidade em todo o processo da pesquisa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BROUSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 pp

GUBA, E.G; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Ed da Unicamp, 2011.

BURIOLA, A. A. et al. Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 1, e4540014, 2016 .

ANÁLISE TEXTUAL DISCURSIVA: POSSIBILIDADE DE FERRAMENTA NA PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM

ALINE MARCELINO RAMOS¹; LARISSA MERINO DE MATTOS²; AMANDA GUIMARÃES FERREIRA³; EDISON LUIZ DEVOS BARLEM⁴; ALEX SANDRA ÁVILA MINASI⁵; BRUNA RUOSO DA SILVA NEUTZLING⁶.

¹Universidade Federal do Rio Grande - FURG – aline-ramos-@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande - FURG – merinolarissa@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande - FURG – ferreiraamandaguimaraes@gmail.com.br

⁴Universidade Federal do Rio Grande - FURG – ebarlem@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande - FURG – alex-minasi@bm.rs.gov.br

⁶Universidade Federal do Rio Grande - FURG – bruna.sho@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa busca aprofundar a compreensão dos fenômenos por meio do tratamento holístico dos dados, a partir da análise rigorosa de materiais, sejam textos já existentes ou aqueles produzidos a partir de diversas técnicas como entrevistas, observações, discussões em grupos focais dentre outros. As pesquisas qualitativas, em qualquer processo de coleta de dados, geram uma grande quantidade de informações que precisam ser organizadas, gerando assim um desafio em encontrar a metodologia de análise de dados que permita explicar da melhor forma o fenômeno investigado (MORAES; GALIAZZI, 2011). Objetivou-se, apresentar e discutir o processo de análise textual discursiva.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de reflexão teórica com o objetivo de refletir à luz do conhecimento científico, o processo de análise textual discursiva por meio do livro *Análise Textual Discursiva*, escrito originalmente em português e publicado no Brasil em 2007. O mesmo possui três edições, tendo sua segunda edição revisada em 2011 e a última reimpressão em 2011. Tem como autores Roque Moraes, graduado em química com mestrado e doutorado em educação e Maria do Carmo Galiazzi, química, doutora em educação.

O livro, o qual permitiu a construção dessa análise, é composto por oito capítulos, cujo objetivo é apresentar e discutir a análise textual discursiva abrangendo como temática principal uma metodologia de análise de dados e informações de natureza qualitativa, que apresenta a finalidade de produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o cuidado ao ser humano como foco das pesquisas em enfermagem, a análise textual discursiva pode se mostrar um importante método na análise de dados, visto que possibilita um olhar compreensivo para

o outro, oportunizando o reconhecimento do significado que o outro atribui ao momento que está vivenciando. Da mesma forma, exige que o pesquisador tenha um intenso envolvimento no processo de análise e de reconstrução, para que possa se assumir como intérprete e autor dos discursos sociais investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A análise textual discursiva apresenta-se em três etapas fundamentais: a unitarização dos textos, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente (MORAES; GALIAZZI, 2011). A primeira etapa, denominada unitarização, constitui na imersão do pesquisador nos temas que pretende explorar (*corpus*), em um processo de desconstrução das próprias ideias (MORAES; GALIAZZI, 2006). Os textos, por não possibilitarem um significado único em si próprios, devem ser desvelados, exigindo a construção de significados a partir da interpretação e pontos de vista de quem lê, requerendo dos pesquisadores a necessidade de se assumirem como verdadeiros autores (MORAES; GALIAZZI, 2011).

O processo de unitarização é dividido em fases: fragmentação do *corpus* e codificação de unidades; reescrita de cada unidade de modo que assuma um significado atribuído o mais completo possível e por último a atribuição de um nome ou título para cada unidade estabelecida (MORAES; GALIAZZI, 2011). Este processo não necessita ter como foco exclusivo o que já está expresso nos textos de forma explícita, de modo que os sentidos podem advir das interpretações do pesquisador, implícitas nos textos (TAQUETTE, 2016).

A segunda etapa compreende a articulação de significados semelhantes e constitui a categorização das unidades anteriormente obtidas. A categorização, por sua vez, é um movimento construtivo de uma ordem diferente da original, que necessita de comparação constante entre as unidades iniciais estabelecidas na primeira etapa da análise, conduzindo-as a agrupamentos de elementos de significação próximos (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A etapa de categorização, além de reunir elementos semelhantes, também implica nomear e definir as categorias, cada vez com maior precisão, na medida em que vão sendo construídas. A análise textual qualitativa pode utilizar na construção de novas compreensões dois tipos de categorias: categorias a priori, que correspondem a construções que o pesquisador elabora antes de realizar a análise propriamente dita dos dados e são obtidas por métodos dedutivos, já as categorias emergentes são construções teóricas que o pesquisador elabora a partir das informações do *corpus* (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Por fim, a captação do novo emergente constitui-se na terceira etapa do processo da análise textual discursiva, caracterizado pela obtenção do metatexto, resultado desse processo, que permite criar, a partir de vozes emergentes nos textos analisados, a produção de novos entendimentos sobre os fenômenos e discursos investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011). A construção de um processo auto organizado consiste na emergente compreensão que inicia na primeira etapa da análise pelo movimento de desconstrução do *corpus*, seguindo ao final do processo analítico com a emergência de novas compreensões que serão comunicadas e validadas sob a forma escrita (MORAES; GALIAZZI, 2011).

4. CONCLUSÕES

Diante desta abordagem metodológica, é possível expandir as possibilidades existentes para organização e interpretação de dados obtidos em uma pesquisa, tendo em vista a necessidade de qualificação na produção científica da enfermagem, expandindo horizontes, com o intuito de ir além de metodologias tidas como tradicionais e já consolidadas nas produções de enfermagem. Considerando que a enfermagem tem como foco de suas pesquisas o cuidado ao ser humano nas suas múltiplas dimensões, a análise textual discursiva pode se mostrar uma importante ferramenta para análise de dados, visto que possibilita a transformação de atitudes e práticas por meio da construção de novas compreensões dos fenômenos e discursos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciênceduc**, Bauru, Jan-Abr; v.12, n.1, p. 117-28, 2006.

TAQUETTE, S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: **CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA**, 5., Porto, 2016, Atas – Investigação Qualitativa em Saúde, 2016. V.2. p.524-533.

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

FABRÍCIO SOARES BRAGA¹; AGNES OLSCHOWSKY²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – fsbraga85@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – agnes@enf.ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A transformação no modelo de atenção em saúde mental induzida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, em muitos momentos, é um fator desencadeante de sentimentos de prazer e sofrimentos nos enfermeiros. As ilimitadas possibilidades de trabalho dentro de um serviço substitutivo ao modelo manicomial é um fator prazeroso que estimula a criatividade e abre a possibilidade de singularização do cuidado, algo que seria inconcebível dentro de um hospício. Porém essas infinitas possibilidades trazem um sofrimento semelhante ao de navegar em águas desconhecidas, e retiram o enfermeiro do papel de disciplinador e de guiar o usuário de acordo com as prescrições nosocomiais.

Neste sentido, o enfermeiro, na impossibilidade de elaborar essas condições favoráveis, não se beneficia do trabalho para dominar o seu sofrimento e transformá-lo em criatividade. E esse sofrimento, por fim, se torna um fator de resistência ao novo. Para Dejours (1993), a criatividade confere sentido porque ela traz, em contrapartida ao sofrimento, reconhecimento e identidade. O sofrimento adquire um sentido, portanto, definitivamente, o prazer no trabalho é um produto derivado do sofrimento.

Assim, minhas inquietações me levaram a conhecer o prazer e sofrimento dos enfermeiros que trabalham em serviços da atenção especializada de saúde mental e abordar a questão de pesquisa: Quais os sentimentos dos enfermeiros sobre o seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica?

A pesquisa se justifica pela necessidade de se identificar os fatores desencadeantes de prazer/sofrimento no trabalho do enfermeiro em saúde mental. Os resultados colaboram no estabelecimento de melhorias no trabalho da enfermagem, uma vez que ao dar voz aos enfermeiros sobre suas práticas assistenciais estão refletindo e apontando necessidades organizacionais. Nesse sentido, são identificados o prazer e o sofrimento no trabalho e, a partir disso, temos elementos que contribuem na organização e realização das ações de cuidado de enfermagem, considerando o bem-estar do trabalhador, o que repercute na qualidade do trabalho.

Ao identificar prazer/sofrimento no trabalho abre a possibilidade do trabalhador negociar seus desejos, minimizando o sofrimento e, produzindo prazer. Assim, abordando o prazer e sofrimento dos enfermeiros que trabalham em serviços de atenção psicossocial especializada, este estudo tem como objetivo: conhecer os fatores desencadeantes de prazer e sofrimento dos enfermeiros que trabalham em serviços de atenção psicossocial especializada, vinculados a um hospital universitário, no atual contexto da reforma psiquiátrica.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo qualitativo descritivo exploratório. O estudo buscou analisar os fatores de prazer e sofrimento dos enfermeiros que trabalham em serviços de atenção psicossocial especializada, buscando a informação do fenômeno a partir da ótica dos sujeitos que vivenciam o trabalho em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Esta ação permite a compreensão do processo sob o ponto de vista do enfermeiro que sofre e sente prazer com as transformações das práticas em saúde mental.

O campo selecionado para o desenvolvimento do estudo foram os ambulatorios de saúde mental (Transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar e Adição), os Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) e adulto (CAPS II) vinculados a um hospital universitário situado no Rio Grande do Sul, Brasil.

Participaram do estudo os enfermeiros do hospital universitário que trabalham, no mínimo, há 6 meses nestes serviços. Sendo dois enfermeiros dos ambulatorios de saúde mental, dois enfermeiros do CAPSi e três enfermeiros do CAPS II, totalizando sete enfermeiros.

As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada (MINAYO, 2008). O instrumento de coleta de informação consistiu de três questões orientadoras: a) fale-me sobre o seu trabalho; b) você identifica situações de prazer no trabalho? c) e situações de desconforto?

As entrevistas foram gravadas e conduzidas pelo próprio pesquisador, no período de Agosto a Outubro de 2013, nas salas de atendimento individual dos referidos serviços substitutivos.

Foi realizada Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004) o qual é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A Análise de Conteúdo prevê três fases: pré-análise (esquema de trabalho que envolve os primeiros contatos com os documentos de análise, a formulação de objetivos, a definição dos procedimentos a serem seguidos e a preparação formal do material); exploração de material (cumprimento das decisões anteriormente tomadas, isto é, leitura de documentos, categorização, entre outros) e a interpretação das informações (os dados são lapidados, tornando-os significativos, buscando descobrir o que está por trás do imediatamente apreendido) (BARDIN, 2004).

Como a pesquisa envolveu a realização de entrevistas, o estudo foi de risco ético mínimo, segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993). Este estudo foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação e Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº12331613.5.0000.5327, atendendo as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizada a análise das informações, considerando o objeto de estudo: prazer e sofrimento dos enfermeiros que trabalham em serviços de atenção psicossocial especializada, destacaram-se três categorias empíricas: características do trabalho, prazer no trabalho e sofrimento no trabalho; cujos fenômenos/fatores serão apresentados através da tabela abaixo:

Tabela 1 – Categorias Empíricas

Categorias empíricas	Fenômenos/Fatores
Características do trabalho	Acolhimento, relacionamento e vínculo com usuário/família
	Cuidado indireto de enfermagem
Prazer no trabalho	Trabalho multiprofissional em saúde
	Ações de dar voz ao usuário
	Práticas assistenciais produzidas em grupos terapêuticos e ambiência
	Atendimento a família dos usuários
Sofrimento no trabalho	Dificuldades de articulação com a rede de atenção psicossocial
	Dificuldade no trabalho em equipe

Dificuldade na mudança do paradigma
asilar para o psicossocial

Ressalta-se os preceitos da reforma psiquiátrica presentes nos discursos dos enfermeiros e o constante conflito que estes profissionais enfrentam para que esses princípios sejam colocados na prática.

4. CONCLUSÕES

Deve ser entendida como imprescindível a transformação destes fatores desencadeantes de sofrimento em um gatilho para o trabalho criativo transformador. Os trabalhadores dos serviços de atenção psicossocial devem ser livres para criar, propondo novas idéias e estratégias para a melhoria do cuidado, não tendo suas subjetividades tolhidas por conservadorismos institucionais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo (SP): Cortez, 1992.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Council for International Organization of Medical Sciences. **International Ethical Guidelines of Biomedical Research Involving Human Subjects**. Geneva, 1993.

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO AMBIENTE INDUSTRIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

LAÍS VAZ MOREIRA¹; CLARICE ALVES BONOW²; MARTA REGINA CEZAR-VAZ³

1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista CNPq. Integrante do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto, Trabalho e Comunicação – COMSAUD. E-mail: more-lais@hotmail.com

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Pelotas. Coordenadora do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto, Trabalho e Comunicação – COMSAUD. E-mail: claricebonow@gmail.com

3. Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande. Coordenadora do Laboratório de Estudo de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA e integrante do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto, Trabalho e Comunicação – COMSAUD. E-mail: cezervaz@vetorial.net

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A relevância do trabalho vai além das necessidades de economia, envolve outras necessidades humanas individuais. Isso ocorre, pois através do trabalho que o indivíduo produz bens individuais e coletivos, proporcionando o desenvolvimento pessoal, familiar e da nação, além de exercer influência sobre si mesmo e sua relação com o meio em que vive (PEREIRA e WALDMANN, 2007).

Mesmo sendo uma atividade fundamental o trabalho pode provocar agravos à saúde dos trabalhadores. Dito isso, a ação da enfermagem é essencial para promover a prevenção de acidentes e adoecimento. Assim, o objetivo desse trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a atenção prestada à saúde dos trabalhadores no ambiente industrial.

2. METODOLOGIA

Para levantamento da produção do conhecimento utilizou-se os dados bibliográficos das bases LILACS e SCIELO, obtendo-se acesso via internet. Foram considerados estudos publicados no período entre 2001 a 2017. Justifica-se a escolha do ano de 2001 para início da pesquisa, pois foi o ano de lançamento de um manual do Ministério da Saúde sobre doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001). Foram selecionados artigos nacionais com os seguintes descritores: saúde do trabalhador, enfermagem e indústria.

Na análise realizada, buscou-se investigar o quantitativo de artigos encontrados em cada uma das bases pesquisadas e a identificação da atenção prestada aos trabalhadores no ambiente industrial referido nos estudos encontrados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico realizado encontrou o total de 10 artigos sobre a temática abordada nas bases de dados pesquisadas, sendo esses distribuídos por ano na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos publicados nas bases pesquisadas por ano de publicação.

Ano de publicação	LILACS	SCIELO
2005	3	.*
2006	1	-
2009	-	1
2011	-	1
2013	-	1
2014	1	-
2015	-	1
2017	-	1

*Nos anos faltosos não foram encontrados trabalhos.

Conforme a Tabela 1, o ano que mais apresenta estudos a respeito da saúde do trabalhador industrial é o de 2005, com três artigos publicados. Em sua maioria os trabalhos abordam a exposição aos riscos de acidentes ocupacionais. As exaustivas jornadas de trabalho, com aglomeração de pessoas e ambientes insalubres, proporcionam a proliferação de doenças, além das máquinas responsáveis por mutilações e mortes (ALVES, OSÓRIO, 2005).

O artigo mais recente encontrado discorre sobre o estresse vivido no ambiente de trabalho relacionado ao consumo de álcool. Vidal, Abreu e Portela (2017), ressaltam que as doenças psicológicas vêm atingindo grande parte de trabalhadores e destacam que este campo precisa de atenção da equipe multidisciplinar que presta assistência a esta classe, dentre essa se encontra os profissionais enfermeiros. Traçando o perfil dos trabalhadores industriais, percebeu-se que o uso da bebida está associada a alta demanda psicológica do trabalho.

Observando a temática abordada nos extremos do período levantado, é possível concluir que houveram mudanças na direção dos estudos. Os trabalhos mais antigos preocupam-se com o ambiente de trabalho desfavorável para saúde, quanto aos atuais, discorrem sobre as morbidades relacionadas ao trabalho, e/ou ambiente de trabalho.

A Tabela 2 apresenta temáticas abordadas nos trabalhos pesquisados, apontando riscos e acidentes de trabalho como o assunto mais abordado, somando a metade do total de artigos. A exposição ocupacional submete trabalhadores a riscos químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e físicos (BRASIL, 2001).

Tabela 2. Temáticas abordadas de acordo com a base de dados pesquisada

Temáticas abordadas	LILACS	SCIELO
Relação ambiente-saúde	-	3
Riscos e acidentes de trabalho	5	-
Saúde da mulher no ambiente industrial	-	1
Saúde psicológica	-	1

Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho incidem diretamente nos serviços de saúde, por isso merecem atenção visto que trazem prejuízos para o trabalhador e para o empregador, além da economia do país. Considerando que o trabalho realiza mudanças no processo saúde-doença e morte, este é considerando um dos principais influenciadores da saúde. Por isso, a atenção a saúde do trabalhador é multidisciplinar e visa a promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento de doenças.

4.CONCLUSÕES

São poucos os documentos encontrados sobre a saúde do trabalhador industrial no Brasil. O levantamento de estudos sobre a saúde deste grupo permite para a os profissionais enfermeiros, identificar os avanços já alcançados, como políticas e estratégias, além de instigar a pesquisa da área

nesse campo, a fim de conhecer as principais queixas, necessidades, riscos e doenças pelas quais são acometidos esses trabalhadores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.A.; OSORIO, C. Análise coletiva de acidentes de trabalho: dispositivo de intervenção e formação no trabalho. **Caderno de psicologia social do trabalho**, São Paulo, v. 8, p. 87-98, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

PEREIRA, N.P.M.; WALDMAN, B. Atenção à saúde do trabalhador com ações fundamentadas no processo educativo. In: **Saúde da família: histórias, práticas e caminhos**, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 191.

VIDAL, J. M.; ABREU, A. M.; PORTELA, L. F. Estresse psicossocial no trabalho e o padrão de consumo de álcool em trabalhadores offshore. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00116616, 2017.

ANÁLISE DA CULTURA DA PONTA DO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO E A OCORRÊNCIA DE FLEBITE

JÉSSICA DE BORBA SPARREMBERGER VITT¹; JANETE DE SOUZA
URBANETTO²; TATIANE TERESINHA PEREIRA BAPTISTA³; ANA LAURA
OLSEFER ROTTA⁴; AMANDA PESTANA DA SILVA⁵; MARIA CAROLINA
OLIVEIRA MACIEL⁶.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – jessica.vitt@acad.pucrs.br

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – jurbanetto@pucrs.br

³Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – tatiane.baptista@acad.pucrs.br

⁴Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – ana.rotta@acad.pucrs.br

⁵Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – amanda.pestana@acad.pucrs.br

⁶Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – maria.maciel.001@acad.pucrs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Durante a terapia intravenosa podem ocorrer complicações que são relacionadas a alguns fatores de risco, como a natureza dos fármacos, a duração da terapia, características individuais do paciente, a localização do cateter, o tipo de dispositivo intravascular selecionado e habilidade técnica do profissional, como técnica asséptica e cuidados com a manutenção do cateter intravenoso periférico (INS BR, 2013). As complicações podem ser locais ou sistêmicas e trazem consequências diversas ao paciente. Entre as complicações locais, destacam-se a infiltração, extravasamento, obstrução do cateter, hematomas, infecção local e a flebite (INS BR, 2013).

A flebite é a inflamação de uma veia. Pode ser classificada quanto à presença de sinais e sintoma, que incluem dor, eritema, edema, endurecimento

e/ou um cordão fibroso palpável (INS, 2011, p.67). É classificada, quanto a sua etiologia como mecânica, química, bacteriana e pós-infusional (INS, 2011).

A flebite bacteriana é causada quando um agente infeccioso é introduzido no cateter, pode ser causada por contaminação da ponta do cateter a qualquer momento, durante a inserção ou manuseio do cateter (KAUR, 2011). E pode estar relacionada à inserção do cateter em situações de emergência, na qual pode ocorrer ruptura da técnica asséptica (INS, 2016). Cateteres intravenosos são importantes fontes de bacteremia e fungemia, bem como podem ser a causa de complicações infecciosas no local de inserção (ANVISA, 2004).

Existem quatro formas reconhecidas para a contaminação de cateteres: migração de organismos da pele no local de inserção para o interior e ao longo da superfície do cateter com colonização da ponta do cateter, e esta é a via de infecção mais comum em cateteres de curto prazo; contaminação direta ou entrada do cateter por contato com mãos, fluidos ou dispositivos contaminados; menos comumente, os cateteres podem se tornar hematogenicamente semeados de outro foco de infecção; e raramente, infusão de soluções contaminadas pode levar a infecção da corrente sanguínea (O'GRADY et al, 2011).

Com base nestes apontamentos, o objetivo deste estudo foi analisar o resultado da cultura da ponta dos cateteres intravenosos periféricos (CIP) e a ocorrência da complicação flebite.

2. METODOLOGIA

Estudo de coorte, aninhado a um projeto de pesquisa com delineamento de ensaio clínico, intitulado “Avaliação da relação da ocorrência de flebite com a retirada rotineira ou por indicação clínica do cateter intravenoso periférico”, numa unidade de internação de um hospital universitário de Porto Alegre/RS. Os pacientes que atenderam os critérios de inclusão (ter 18 anos ou mais e ter a primeira ou segunda punção intravenosa periférica realizada na unidade de internação onde está sendo realizado a pesquisa) foram convidados a participar e compuseram a amostra de 73 pacientes. O registro de cada avaliação foi realizado no instrumento de coleta de dados, que contempla dados demográficos e informações relacionadas a punção e ao CIP. Foram realizadas duas avaliações diárias por pesquisadores distintos, por meio de inspeção e palpação do sítio de inserção, buscando identificar a presença de sinais e sintoma de flebite. A retirada do CIP e coleta da ponta foi realizada pelo enfermeiro, por meio de técnica asséptica e recomendada para a cultura da ponta do CIP. A ponta do CIP, acondicionada de forma estéril foi encaminhada para exame de cultura ao Laboratório de Análises Patológicas. O método utilizado para análise da ponta do cateter, foi a cultura semi-quantitativa (Método de Maki). Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel, através de dupla digitação e após foi realizada análise e correção de incongruências. A análise descritiva e analítica dos dados foi realizada por meio do software *PASW Statistic 24.0*. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, com protocolo CAAE: 51969115.2.0000.5336 e todos os participantes assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido. Sempre que identificado flebite o enfermeiro da unidade foi comunicado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 73 participantes. Quanto a caracterização demográfica, observou-se que a média da idade foi de $63,70 \pm 19,82$ (mínimo 23 anos e máximo 95 anos), houve predominância sexo masculino com 39 (53,4%) participantes. Nas variáveis relacionadas ao CIP, observou-se que todas punções foram realizadas com cateter com mandril (100%) e o calibre mais utilizado foi 22 gauge (G) com 43 (58,9%) registros. O profissional que realizou maior número de punções foi o técnico de enfermagem com 49 (67,1%) punções. Com relação a lateralidade do membro puncionado, o mais utilizado para punção foi o membro superior direito, com 39 (53,4%) punções. A região e veia mais utilizada para punção foi antebraço anterior, com 20 (27,4%) e a veia cefálica com 33 (45,2%) punções, respectivamente. Quanto ao tempo de permanência do CIP mais frequente, observou-se que em 46 (63,0%) registros o CIP permaneceu por até 72 horas. A complicação flebite ocorreu em 28,8% (n=21) dos pacientes e o grau mais frequente foi o grau 3 com 42,9% (n=09) registros. Na análise da cultura da ponta do CIP, 84,9% (n=62) obtiveram resultados negativos para bactérias ou fungos. Já os que obtiveram cultura positiva, 81,8% (n=9) foram por *Staphylococcus sp*, *coagulase negativa* contagem >15 colônias, 9,1% (n=1) por *Aerococcus Viridans* contagem >15 colônias e 9,1% (n=1) por *Candida sp*. contagem >15 colônias. Quando analisada a presença de cultura positiva ou negativa com as variáveis demográficas e as relacionadas ao CIP, apenas duas variáveis mostraram-se associadas, sendo o sexo feminino com a cultura positiva ($p=0,001$), a punção da veia metacarpiana dorsal e basílica do antebraço com a cultura positiva, e, a punção em veia cefálica com a cultura negativa ($p=0,054$), este último com associação limítrofe.

4. CONCLUSÕES

Neste estudo, a complicação flebite não se mostrou associada ao resultado da cultura da ponta do CIP positiva. Entretanto, frente aos resultados encontrados, com culturas positivas, reforça-se a necessidade de medidas educativas junto as equipes assistenciais, visando as boas práticas no manuseio dos dispositivos e garantia da segurança do paciente.

A amostra pequena deste estudo constituiu-se uma limitação, e, para se obter resultados mais abrangentes torna-se necessário o acompanhamento e análise com um número maior de participantes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA–ANVISA. **Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica**. Módulo III, 2004. Acessado em 06 ago 2017. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/microbiologia/mod_3_2004.pdf

BRASIL. Infusion Nurses Society. **Diretrizes Práticas para Terapia Infusional**. São Paulo – INS Brasil; 91 p., 2013.

INTRAVENOUS NURSES SOCIETY. Infusion Nursing Standards Of Practice. **Journal of Infusion Nursing**, Norwood - MA, v.34, n.1S, 115 p., 2011.

INTRAVENOUS NURSES SOCIETY. Infusion Therapy Standards Of Practice. **Journal of Infusion Nursing**, Norwood - MA, v.39, n.1S, 169 p., 2016.

KAUR, P. et al. Assessment of risk factors of phlebitis amongst intravenous cannulated patients. **Nursing and Midwifery Research Journal**, Chandigarh – India, v.7, n.3, p.106-114, 2011.

O'GRADY N.P. et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. **Clinical Infectious Diseases**, Oxford - Reino Unido, v. 52, n.9, p.e162–e193, 2011.

USO DE ACUPUNTURA EM LESÕES CUTÂNEAS: ESTUDO DE CASO E REFLEXÕES ACERCA DE POSSIBILIDADES PARA PESQUISA

INDIARA DA SILVA VIEGAS¹; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA²;

¹Universidade Federal de Pelotas – viegas.indiara@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A acupuntura é derivada dos radicais latinos *acus* e *pungere*, significam agulha e puncionar, respectivamente. Por meio dela, é possível a terapia e cura das enfermidades pela aplicação de estímulos em terminações nervosas, através da pele, com a inserção de agulhas em pontos específicos chamados acupontos (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001).

Esta prática é parte da Medicina Tradicional Chinesa, sendo um dos tratamentos mais antigos do mundo, porém, ainda é pouco conhecida e utilizada na atenção básica. No Brasil, na busca pelo incentivo da acupuntura, entre outras práticas complementares, foi elaborado a Política Nacional de Práticas Interativas e Complementares (PNPIC) a partir da portaria GM/MS nº 971, principalmente pelos potentes resultados terapêuticos que possuem grande impacto positivo na saúde global (BRASIL, 2006).

O tratamento com acupuntura amplia as possibilidades de cuidado, observando-se melhora da dor, alívio de estresse e aumento da circulação sanguínea, o que permite, por exemplo, a cicatrização de lesões cutâneas (PARMEN et al, 2014). Essa prática é considerada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) segura e eficaz, proporcionando melhora significativa após cada sessão.

É de suma importância relatar as barreiras que ainda são encontradas nos serviços de saúde, em especial, na atenção básica. Entre elas podemos citar a falta de projetos e apoio financeiro na implementação deste serviço, fazendo-se necessário o empenho de gestores para buscarem incentivos federais e ampliarem esta prática em todo país. Outro fator importante é a falta de profissionais capacitados para desempenharem essas ações interativas nos sistemas de saúde para melhor atender os usuários (FIROOZMAND; ROBLES, 2011).

Nesse sentido, a partir da experiência que tivemos, ao passar pelo campo prático da Unidade do Cuidado de Enfermagem III, no qual foi realizado algumas sessões de acupuntura e moxaterapia em um paciente que tinha lesão cutânea, percebemos a potência desta terapêutica na recuperação, e pensamos ser relevante compartilhar as informações que compuseram nosso estudo de caso. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é relatar o estudo de caso sobre o uso de acupuntura em lesões para propor pesquisas avaliativas em relação à eficácia e eficiência desta técnica no cuidado.

2. METODOLOGIA

O estudo de caso foi realizado a partir do acompanhamento de um paciente que reside no território de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família, localizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, durante os meses de junho à julho de 2017.

O acompanhamento se deu através de visitas domiciliares, na qual foram realizadas pelos acadêmicos de enfermagem e facilitadora do terceiro semestre, com objetivo bastante específico no bem-estar pessoal e melhora da ferida. O paciente recebia a visita e o atendimento duas vezes por semana, segundas e sextas-feiras, durante cinco semanas.

Junto disso, foram realizados curativos na lesão cutânea, localizada no coto do membro inferior esquerdo, causada por deiscência após a cirurgia de amputação. Tais curativos eram feitos com soro fisiológico 0,9% e loção oleosa com ácidos graxos essenciais. A acupuntura foi realizada com aplicação de agulhas na região perilesional somada a eletroestimulação com aparelho SIKURO DCS100, com sinal 3, que significa estímulo de harmonização, durante 10 minutos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos os seguintes dados a partir do prontuário do paciente: J.C.F.A., 83 anos, cor branca, masculino e com diagnóstico médico de diabetes mellitus. Paciente com membro inferior direito amputado a mais de 10 anos e membro inferior esquerdo amputado cerca de três meses, por isso, faz-se necessário o uso de cadeira de rodas. Usa os seguintes medicamentos: Metformina, Insulina e Nitrazepan.

Na primeira sessão, a região perilesional apresentava-se hiperemeada pela estase venosa no local e com bordas afastadas, cerca de 1 centímetro de largura. Na medida que as sessões foram sendo ofertadas, observou-se melhor aspecto na região perilesional, no que se refere a coloração, devido ao aumento do fluxo sanguíneo, e também aproximação gradativa e significativa das bordas da lesão.

Esta evolução indica que a acupuntura promoveu o avanço da fase proliferativa para fase de remodelação. Salienta-se que o processo de cicatrização da ferida é dividido didaticamente em três fases: inflamatória, proliferação e remodelamento (CAMPOS; BORGES-BRANCO; GROTH, 2007).

Acrescentando a isso, o uso de acupuntura em lesões, tanto isolada, quanto associada a outros recursos terapêuticos proporciona melhor qualidade de vida ao paciente. Ela é eficientemente utilizada no tratamento das doenças e agravos, beneficiando-os com bons resultados e diminuindo os custos com medicações e internações hospitalares (FIROOZMAND; ROBLES, 2011). Portanto, torna-se importante fazer avaliação em pesquisas que envolvam um número maior de pacientes para analisar a eficácia e segurança da acupuntura nesse grupo de usuários.

4. CONCLUSÕES

Por fim, foi possível observar melhora terapêutica eficiente no paciente acompanhado, especialmente no processo de cicatrização da ferida. A acupuntura proporcionou alívio da dor e qualidade de vida ao usuário. Mais vez torna-se necessário destacar a necessidade de incentivos a capacitação de profissionais de saúde diante destas técnicas complementares e também intensificações no desenvolvimento de pesquisas neste campo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCOGNAMILLO SZABÓ, M. V. R.; BECHARA, G. H. Acupuntura: bases científicas e aplicações. **Revista Ciência rural**, v.31, n.6, p.1091-1099, 2001.

FIROOZMAND, L. T.; ROBLES, C. C. **Práticas Integrativas e Complementares com Ênfase em Acupuntura no Âmbito da Atenção Básica: SUS**. 2011. Trabalho de conclusão de curso de Formação de Especialista em Acupuntura. Faculdade de Educação, Ciência e Tecnologia UNISAUDE/Centro de Estudos FIRVAL. São José dos Campos, 2011.

CAMPOS, A. C. L.; BORGES-BRANCO, A.; GROTH, A. K. Cicatrização de Ferida. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.20, n.1, p.51. São Paulo, jan-mar 2007.

BRASIL. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p.20-5.

PARMEN, V.; TAULESCU, M; OBER, C.; PESTEAN, C.; OANA, L. Influence of Electroacupuncture on the Soft Tissue Healing Process. **J Acupunct Meridian Stud**. 2014, v.7, n.5, p.243-9.

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: CONTRIBUIÇÕES E DIFICULDADES A PARTIR DA VISÃO DOS MORADORES

THYLIA TEIXERA SOUZA¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI² LUIZA HENCES DOS SANTOS³ MARIANA DIAS DE ALMEIDA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – thylasouza@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – h_luiza@live.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – almeidamarianadias@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

No contexto da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização apresenta-se como forma de desconstrução das práticas manicomiais a fim de proporcionar um cuidado em liberdade onde o indivíduo passa por um processo de reabilitação psicossocial (GUEDES et al, 2010).

Os modelos substitutivos ao modelo manicomial surgem como suporte para todos os indivíduos em sofrimento psíquico, pois são dispositivos que proporcionam diversas especificidades de cuidados (GUEDES et al, 2010).

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia localizadas no espaço urbano, para atender às necessidades de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não servindo de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Sendo a inserção no residencial terapêutico um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2004).

A partir do exposto, este trabalho objetiva identificar os fatores que contribuem e/ou dificultam o viver fora do hospital psiquiátrico de acordo com a proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

2. METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte da pesquisa “REDESUL – Redes que habilitam: avaliando experiências inovadoras dos centros de atenção psicossocial”. É estudo qualitativo do tipo estudo de caso financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), realizado em um Serviço Residencial Terapêutico do município de Caxias do Sul, com 200h de observação com registro em diário de campo e duas entrevistas com um casal morador do serviço. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas visando atender o objetivo do estudo.

Foram respeitados os princípios éticos de acordo com os preceitos da resolução de CNS 196 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos e obteve aprovação 073/2009 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a análise das entrevistas e do registro em diário de campo, podemos perceber as contribuições que o serviço oferece aos usuários. Uma das suas contribuições visíveis é o convívio social, onde o usuário tem a possibilidade de estabelecer relações com outros usuários dentro do serviço e a comunidade, realizando atividades do cotidiano como ir ao supermercado, padaria, bares onde neste espaço interage com outras pessoas

inibindo o estigma que o usuário em sofrimento mental trás consigo de que precisa estar separado dos demais.

Os indivíduos em sofrimento psíquico que tiveram parte de suas vidas dentro de um hospital psiquiátrico, viverem e conviverem neste serviço substitutivo de saúde mental surge como uma nova perspectiva de vida, já que este serviço almeja estimular a autonomia das pessoas, reinserindo-as na sociedade, aproximando-se do contexto de uma casa, com estabelecimento de relações com todos os que ocupam este espaço, e em constante relação com o território no qual está inserido (KANTORSKI et al, 2014).

Observa-se também o forte laço criado dos usuários com os profissionais que integram o SRT, visto que estes oferecem apoio em todos os momentos auxiliando no processo de inserção social e colaboram na resolução de problemas vivenciados.

Resgatar a autonomia perdida do morador é um dos objetivos do trabalho dentro dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), através da convivência com os outros moradores, cuidadores e comunidade no território, além da equipe técnica de referência possibilitando modificações de comportamentos e de produção de vida (SILVA; AZEVEDO, 2011). Transformações internas são exigidas para assumir um novo espaço de habitar para as quais os moradores ainda não estão preparados, tornando a necessidade do apoio da equipe na superação do transformar-se em outro (NÓBREGA; VEIGA, 2017).

Desempenhar atividades que proporcionem prazer como as atividades cotidianas do lar e poder “sentir-se em casa” apresenta-se como essencial no processo de resgate de autonomia deste usuário.

No cotidiano do serviço são consolidados valores, atividades, relações, potencialidades dos sujeitos e direitos. Viver em um lar e participar das tarefas que integram esta casa, protagonizar situações que marcam a vida cotidiana deste lugar, além de provar da liberdade como instrumento terapêutico (KANTORSKI et al, 2014).

Uma das dificuldades observadas mostra-se na falta de recurso financeiro por parte dos moradores que vivem somente com o benefício, e que caracteriza por vezes a fragilização de laços e por consequência uma perda de autonomia por não conseguir conquistar todos os bens desejados.

O poder de contratualidade, por meio do capital, representa uma importante variável na satisfação dos usuários e uma necessidade para sustentar suas escolhas (NÓBREGA; VEIGA, 2017). A remuneração oriunda das políticas públicas tem por principal objetivo assegurar a subsistência de indivíduos em sofrimento psíquico, por outro lado o fato de estarem impedidos de exercer uma atividade formal, gera nos moradores sentimentos difusos. As consequências do desemprego podem fragilizar os laços sociais e afetivos, a restrição dos direitos, potencialização de sintomas depressivos, ou incentivar de certa forma a inércia de continuar desempregado (KANTORSKI et al, 2014).

4. CONCLUSÕES

Contudo, podemos concluir com este trabalho, que os Serviços Residenciais Terapêuticos contribuem de forma bastante positiva para os usuários do qual se beneficiam ofertando possibilidades de atividades de reinserção social não subtraindo algumas dificuldades que precisam ser enfrentadas, porém a constituição de alianças para este enfrentamento torna-se necessária, verificados no cotidiano destes moradores.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

GUEDES, A.C. KANTORSKI, L.P. PEREIRA, P.M. CLASEN, B. N. LANGE, C. MUNIZ, R.M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev.Eletr. Enf. [Internet]**. V.12, n.3, 547-53p, 2010.

KANTORSKI, L.P. CORTES, J. M. GUEDES, A. C. FRANCHINI, B. DEMARCO, D. A. O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V. 16, n.4, 759-68p, 2014.

NÓBREGA, M.P.S.S. VEIGA, T.F.M. O Significado de morar em um Serviço Residencial Terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2017.

SILVA, D. S. AZEVEDO, D. M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço Residencial terapêutico. **Esc Anna Nery (impr.)**, V15, n.3, 602-609, 2011.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR AO USUÁRIO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO DE CASO

MARIANA DIAS DE ALMEIDA¹; THYLIA TEIXEIRA SOUZA ²; SILVIA FRANCINE SARTOR ³; LUIZA HENCES DOS SANTOS⁴; PRISCILA BORGES SILVEIRA⁵; LUCIANE PRADO KANTORSKI⁶;

¹Universidade Federal de Pelotas – almeidamarianadias@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – thyliaSouza@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – sii.sartor@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – h_luiza@live.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – prisborges.prof@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Este estudo teve como base o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de um usuário que frequenta um Centro de Atenção Psicossocial. É elaborado a partir da história de vida e o conjunto de manifestações do usuário visando traçar metas de intervenções e cuidados, divisão de responsabilidades e tarefas na rede, e reavaliação do quadro. É o principal instrumento de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possibilitando a atuação conjunta do profissional, usuário e familiar referência do usuário na rede, oportunizando o planejamento e desenvolvimento de sua autonomia no contexto que está inserido (CARVALHO; MOREIRA; RÉZIO; TEIXEIRA, 2012; RSH, 2015).

É através da comunicação terapêutica que o profissional enfermeiro estabelece vínculos com o usuário e sua família, facilitando o conhecimento de sua história, contexto e necessidades para assim planejar o PTS. Para desenvolver habilidades comunicativas é necessário o embasamento científico na área de saúde mental e psíquica, para melhor promover, manter e recuperar a saúde do usuário e família (STEFANELLI, ARANTES, FUKUDA in Stefanelli, Fukuda, Arantes, 2011; SEQUEIRA, 2014).

O objetivo do presente trabalho é a descrever a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para usuário de um CAPS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, realizado por graduandas do oitavo semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com um usuário que frequenta um CAPS de um município da região sul do Brasil.

O usuário foi acompanhado ao longo do primeiro semestre de 2017, uma vez na semana. Foram registradas em diário de campo as informações buscadas no prontuário do usuário, assim como, todas as interações ocorridas com o usuário, assim como aquelas que se deu com familiares e com o técnico de referência que acompanhava o usuário no serviço. Os dados foram sistematizados a partir de um roteiro de PTS fornecido pelo componente curricular e encontram-se descritos no presente trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O usuário é um homem de 44 anos acolhido no CAPS em 03/04/2002 que relata começar a ouvir vozes quando tinha 20 anos. Questionado sobre eventos traumáticos em sua vida, o usuário relatou que quando tinha 19 anos, seu sobrinho de cinco anos faleceu afogado em um buraco de esgoto não sinalizado pelo SANEP. Possui vínculo afetivo forte apenas com sua mãe e irmã que residem com ele.

A esquizofrenia paranoide é caracterizada por ideias delirantes, frequentemente de perseguição, acompanhadas de vozes alucinatorias que ameaçam ou referem ordens ao paciente, alucinações auditivas com ou sem conteúdo verbal, perturbações de percepção olfativas, gustativas e sexuais também são evidenciadas no quadro clínico. Geralmente as alucinações são organizadas em torno de um tema, podendo elas terem duração mínima de 6 meses (SILVA et al, 2016; DUMKE, 2013).

O usuário aos 10 anos começou a ingerir bebida alcoólica e, segundo sua mãe, este consumo se dava associado a medicação que estava sendo administrada em doses mais baixas que a prescrita.

Ao realizar o exame das funções psíquicas do usuário constatou-se que ele apresentava-se hipovigil e hipotenaz, com arborização e pobreza de pensamentos, confuso, ansioso, inapetente, tabagista, emagrecido e dependente de álcool.

Diante dessas informações observa-se a necessidade de elaborar um plano de intervenção e cuidado para o usuário, a partir da colaboração do mesmo, juntamente com a família e a equipe, assim, usando o PTS como instrumento de trabalho.

Visando a autonomia do usuário e melhora das necessidades psíquicas e sociais evidenciadas e relatadas após vínculo estabelecido pelas graduandas do oitavo semestre, com o usuário, família e equipe do CAPS, elaborou-se o plano de intervenção e cuidado para o usuário juntamente com a divisão de responsabilidades do usuário e equipe.

Quadro 1: Plano de intervenções e cuidados ao usuário.

Meta	Implementação	Resultados
Construção de um vínculo forte com o usuário	Oferecer escuta terapêutica.	Construção de um vínculo forte e sólido
Incentivar atividades que lhe deem prazer e maior interação social	Apresentar atividades como academia, atividades esportivas dentre outros oferecidos pela Escola Superior de Educação Física (ESEF)	Explicar os benefícios da interação social
Acompanhar o progresso do usuário, estimulando equipe a participar deste processo	Trazer resultados a equipe para que possa se inteirar sobre o caso e responsabilizar-se	Apoio da equipe para manutenção do cuidado integral
Elaborar esquema e material para guardar as medicações	Elaborar esquema sobre a medicação com data e horário	Usuário manter adequado o uso das medicações em horários corretos

Incentivar a autonomia do usuário	Estimular o usuário a atividades	Usuário com sua autonomia estabelecida e seguro para as atividades diárias

Fonte: Notas do Diário de Campo, 2017.

Quadro 2: Divisões das responsabilidades.

Meta	Usuário	Equipe
Construção de um vínculo forte com o usuário.	Sempre que sentir necessidade de apoio ou diálogo	Manter vínculo com CAPS
Incentivar atividades que lhe deem mais prazer e maior interação social	Participar de atividades esportivas	Buscar parcerias afim de diversificar as atividades oferecidas pelo CAPS. Tentar parceria com a ESEF para atividades físicas. Explicar os benefícios da interação social
Conversar com cuidador e verificar a possibilidade de compreensão do usuário acerca da sua situação de saúde	Autoconhecer-se	Oferecer atendimento psicológico
Incentivar a autonomia do usuário	Sentir-se motivado para o trabalho e demais atividades cotidianas	Estimular o usuário a atividades como o trabalho (que já realiza) e demais atividades cotidianas

Fonte: Notas do Diário de Campo, 2017.

O resultado obtido que não foi satisfatório refere-se a questão do trabalho, pois o usuário em função de seus sintomas, dificuldades em conciliar a frequência ao CAPS, uso da medicação, e outras demandas derivadas desta situação que dificultaram sua reinserção no trabalho.

4. CONCLUSÕES

A realização do presente estudo de caso permite um panorama sobre as necessidades encontradas pelo usuário, família e rede de apoio no contexto de saúde mental.

O PTS mostrou-se uma importante ferramenta de desconstrução do antigo modelo de tratamento psiquiátrico pois ele valida que através de um bom plano de cuidado pode-se minimizar os sintomas físicos, psíquicos e sociais mesmo em situações de transtornos graves que levam a limitação do usuário para conviver na sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIO, L. A.; TEIXEIRA, N. Z. F. A construção de um projeto terapêutico com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p.521-525, 2012.

DUMKE, D.R. **Esquizofrenia: uma abordagem a partir do DSM-IV-TR e da psicanálise**. UFRGS. 2013.

RHS. Rede Humaniza SUS. **Projeto terapêutico singular**. 2015. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/90468-projeto-terapeutico-singular>. Acesso em: 06 ago 2017.

SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental**, Portugal, n.12, p.06-08, 2014.

SILVA, A. M. SANTOS, C. A. MIRON, F. M. MIGUEL, N. P. FURTADO, C. C. BELLEMO, A. I. S. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.13, n.30, jan./mar. 2016.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2ed. 2011. 704p.

O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E OS SIGNIFICADOS DO CUIDADO FAMILIAR À CRIANÇA DEPENDENTE DE TECNOLOGIAS

MARA REJANE VAHL¹; SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO², ALINE GONÇALVES DE ALMEIDA³; DEISE RIBEIRO DA SILVA⁴; PÂMELA KATH DE OLIVEIRA NÖRNBERG⁵; GIOVANA CALCAGNO GOMES⁶.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Anhanguera. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: rejane2vahl@gmail.com

²Enfermeira. Especialista em Atenção psicossocial no âmbito do SUS pela Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: Samanta_brizolara@hotmail.com

³Acadêmica de Enfermagem do quarto semestre da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: aline.mmc@hotmail.com

⁴Acadêmica de Enfermagem do quarto semestre da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: deisers@furg.br

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: pamelakathpko@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: giovanacalcagno@furg.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O interacionismo simbólico (IS) tem sido bastante utilizado nas ciências sociais e na saúde por se ancorar numa concepção teórica em que o significado é o conceito central e os objetos sociais são construídos e reconstruídos pelos atores envolvidos de forma interminável. O IS constitui-se por um conjunto de processos pelos quais as particularidades das pessoas, da sociedade e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características das pessoas no curso de sua vida. Trata-se da interação social como processo vital no processo de convivência entre as pessoas, interferindo em suas atitudes e comportamentos, pois influenciam os valores e os significados que as pessoas têm sobre a vida em comunidade (MEAD, 1972; BLUMER, 1969). O papel social apresenta-se como fundamental para o processo de construção do conhecimento. Esse modelo teórico-metodológico compreende as interações simbólicas por meio do processo interpretativo da interação social, em que inicialmente considera o momento em que a pessoa interage consigo mesma, indicando para si as coisas significativas. Após, a pessoa seleciona, suspende, reagrupa e transforma esses significados à luz da situação que está colocada, sendo utilizados como guias da ação (BLUMER, 1969). Na visão do IS a família da criança dependente de tecnologias (CDT) atribui significados ao cuidado que presta a ela a partir das interações que realiza em seu ambiente cotidiano, atribuindo significados às experiências vividas. As interações envolvem processos proximais, caracterizados pela reciprocidade de um ser humano ativo e em evolução. Nesses processos, estão envolvidos a sociedade, o self, a mente, a ação humana, a interação social, o papel do outro, os símbolos e o ser humano (MEAD, 1972). Entende-

se que o cuidado familiar à CDT baseia-se nas interações que se desenvolvem entre os membros familiares, a criança e os demais membros da sociedade. Na presença de uma doença crônica que leva à necessidade do uso de tecnologias, essas interações podem assumir lugar de destaque, uma vez que a CDT exige da família um novo olhar sobre o cuidado, tendo que fazer adaptações para desenvolver este cuidado. A utilização do IS como norteador da prática de enfermagem, poderá ser, de grande valia porque a enfermagem na sua prática profissional, nas mais diversas áreas, lida com o ser humano experienciando coisas muito particulares, nos diversos momentos de suas vidas. Através da apreensão dos significados dessas experiências, o enfermeiro busca caminhos que possa trilhar, com o propósito de qualificar o ensino e a assistência prestada, pela aplicação desses conhecimentos na prática de enfermagem. **Objetivo:** Refletir sobre a utilização do IS e os significados do cuidado familiar à criança dependente de tecnologias.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo a respeito do uso do referencial teórico-metodológico Interacionismo Simbólico, nas pesquisas qualitativas na área da Enfermagem. Foi construído com base na leitura crítica de estudos científicos mais atuais, que referenciam o uso do IS nas pesquisas em saúde e enfermagem. Essa construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa, tendo em vista a interpretação e a análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento bibliográfico realizado (MINAYO, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados evidenciou-se a seguinte categoria: **Interacionismo Simbólico e os significados do cuidado familiar à criança dependente de tecnologias.** No exercício do cuidar o enfermeiro necessita aliar conhecimento técnico-científico ao entendimento do objeto de seu cuidado, ou seja, o ser humano. Assim, o IS é uma abordagem que permite ao enfermeiro compreender o outro, considerando os significados que esse outro atribui às suas experiências, e leva à adoção de metodologias qualitativas nas pesquisas de enfermagem, importantes porque se prestam ao estudo do ser humano e de suas relações em seu ambiente natural, possibilitando a compreensão das experiências vividas pelos indivíduos (DUPAS, OLIVEIRA, COSTA, 1997).

Desta forma, no que tange o uso do IS na prática assistencial do enfermeiro pediátrico, evidencia-se que este no seu cotidiano de trabalho necessita compartilhar o cuidado da Criança Dependente de Tecnologias (CDT) com o seu familiar cuidador. Neste contexto de cuidado, ambos, possuem vivências diferentes cada um apresenta experiências e expectativas diferentes neste processo. O cuidado familiar à CDT não segue padrões pré-determinados, pois é construído pelas famílias junto a suas crianças em cada contexto e em cada novo momento da vivência familiar. À medida que o enfermeiro opta por destinar-se ao cuidado às CDT e suas famílias devem criar momentos de trocas com esses. É através da aproximação feita com o núcleo familiar que os profissionais podem permitir que a família extravase seu sofrimento, para que possa programar formas para amenizá-lo.

A ação humana passa a ser entendida como um processo contínuo de tomada de decisões, resultante das formas como o ser humano percebe e interpreta o mundo. Ele investiga o significado das ações e dos atos de outras pessoas e, a partir disso, define o curso de sua ação, fundamentada na sua interpretação. Passam a agir baseadas nas coisas que elas observam e interpretam (BLUMER, 1969). Ao interagirem, se tornam objetos sociais umas para com as outras, utilizando-se de símbolos. Assim, definem a realidade e a situação e assumem o papel do outro. Ao assumir o papel do outro passam a compreender a ação observada e, a partir dessa observação, num processo interpretativo, estabelecem a linha de sua própria ação. Passam a compreender o significado das ações das outras pessoas através da interação simbólica do “eu” (CHARON, 1989).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a realização de pesquisas em Enfermagem à luz do referencial teórico do IS permite valorizar as interações que as famílias realizam durante todo o processo de cuidado à CDT, desde a descoberta do diagnóstico até o enfrentamento desta situação de dependência de tecnologia. Os pressupostos e os conceitos utilizados devem permear a realização dos estudos, servindo de referência para a coleta de dados, conduzindo as reflexões e a elaboração do modelo teórico apresentado acerca da experiência destas famílias, podendo servir de referência para que os profissionais de saúde e as famílias reflitam acerca das interações que realizam, com vistas ao cuidado da CDT.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLUMER H. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. Berkeley:University of California Press;1969.

CHARON JM. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 10th. Boston, U.S.A: Prentice Hall; 2010.

DUPAS G, OLIVEIRA I, COSTA TNA. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.2, p. 219-26, ago. 1997

MEAD G.H. **Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist**. Chicago: The University of Chicago Press;1972.

MINAYO M CS. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

**TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS COMO REFERENCIAL
METODOLÓGICO NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM
BRASILEIRA**

CAROLINE CECHINEL PEITER¹; CAROLINA KAHL²; FERNANDA HANNAH
DA SILVA COPELLI³; KAMYLLA DA CUNHA⁴; JOSÉ LUÍS GUEDES DOS
SANTOS⁵

¹Universidade Federal de Santa Catarina – carolcechinel@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina – carolinakahl@hotmail.com

³Universidade Federal de Santa Catarina – fernandacopelli@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Santa Catarina – kamyllascunha@gmail.com

⁵Universidade Federal de Santa Catarina – joseenfermagem@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) é um referencial teórico-metodológico que teve origem na década de 1960, a partir da parceria acadêmica de Anselm Strauss e Barney Glaser. O primeiro teve suas origens acadêmicas na Universidade de Chicago, ancorado no pragmatismo, enquanto o segundo, a partir da sua formação na Universidade de Columbia, contribuiu com sua perspectiva positivista (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al, 2016).

A pesar da contribuição da complementariedade das diferentes escolas de pensamento sobre a construção do método, os autores passaram a divergir sobre sua evolução, o que levou à origem das diferentes vertentes do referencial: Straussiana, Clássica e Construtivista, esta última a partir da contribuição de Kathy Charmaz (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al, 2016).

Por meio de coleta e análise sistemática de dados, a TFD permite a revelação de uma teoria sobre o objeto estudado. Mostra-se um referencial metodológico importante para a pesquisa em enfermagem por permitir a compreensão do significado de fenômenos sobre o cuidado em saúde (LEITE et al, 2016).

A partir disso, questiona-se: Como a teoria fundamentada nos dados tem sido utilizada como referencial metodológico nas produções científicas brasileiras de enfermagem? Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a utilização da teoria fundamentada nos dados como referencial metodológico nas produções científicas brasileiras de enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, documental, de abordagem quantitativa, realizado entre abril e maio de 2017. A fonte de dados foram os periódicos brasileiros da área da enfermagem de qualis A1 e A2 segundo a avaliação de 2016, sendo estes: Acta Paulista de Enfermagem (APE); Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn); Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP); Revista Latino-americana de Enfermagem (RLAE); e Revista Texto & Contexto Enfermagem (TCE). A escolha deste periódicos se deu pela possibilidade de resgatar neles os estudos de maior rigor metodológico.

Foram analisados título e resumo dos artigos publicados no quadriênio 2013-2016, e selecionados aqueles que informavam sobre a utilização da TFD como referencial metodológico. Dos 2.375 artigos originais publicados nos cinco periódicos neste período, foram identificados 49 que utilizaram a TFD como referencial metodológico, sendo estes incluídos no estudo.

Para construção do banco de dados, foram resgatadas informações sobre: nome do periódico, ano de publicação, título, autores, instituição de origem, descritores, objetivos, vertente do método adotada, referencial teórico,

obras utilizadas, técnica(s) de coleta de dados, número de sujeitos, utilização de amostragem teórica, número de grupos amostrais, menção à saturação teórica, análise comparativa constante, sistema de codificação adotado, utilização de software, memorandos e diagramas, se apresentou modelo teórico ou categorias, se mencionou o fenômeno, e se o artigo trata de um recorte. Os dados foram organizados em uma planilha do Excel, agrupados e apresentados em números absolutos e relativos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a instituição de origem dos autores, dos 172 (100,0%) totalizados, 88 (51,2%) provêm de apenas três instituições, sendo 51 (29,7%) deles provenientes da Universidade Federal de Santa Catarina (29,7%), indicando importante concentração da produção destes estudos. Esta confluência pode ser justificada pela existência de um importante núcleo de estudos sobre o referencial nesta universidade (GOMES; HERMANN; WOLFF et al, 2015).

Foram utilizados 120 diferentes descritores e/ou palavras-chave, evidenciando a multiplicidade de áreas as quais o método pode ser aplicado. Em relação ao objetivo do estudo, foi observado que 26 (53,1%) utilizaram o verbo 'compreender' na apresentação do objetivo principal. A escolha do verbo na definição do objetivo do estudo é elemento importante na TFD, uma vez que o método se propõe responder à pergunta de pesquisa por meio da compreensão dos significados das experiências dos sujeitos sobre o fenômeno estudado, no intuito de revelar estratégias adotadas diante de situações vivenciadas (SANTOS et al, 2016).

Dos artigos selecionados, a vertente Straussiana foi utilizada em 39 (79,6%) trabalhos, enquanto três (6,1%) foram fundamentados na vertente Clássica, dois (4,1%) na vertente Construtivista, e cinco (10,2%) não citaram a vertente utilizada. A flexibilidade da vertente Straussiana, bem como a utilização de instrumentos para sistematizar a aplicação do método, como o modelo paradigmático, incentivando o potencial da criatividade do pesquisador na condução da investigação são aspectos que podem ter contribuído para a popularidade dessa corrente do método (CHARMAZ, 2009; SANTOS et al, 2016).

O Interacionismo Simbólico, culturalmente associado à TFD por sua influência na origem do método, foi o referencial teórico utilizado em 15 (30,6%) estudos (SANTOS et al, 2016).

No que se refere às características metodológicas dos artigos, 31 (63,2%) citaram o uso de amostragem teórica, 35 (71,4%) utilizaram grupos amostrais em suas pesquisas e 26 (53,1%) dos estudos mencionaram saturação teórica dos dados. Em relação ao processo de análise dos dados, 33 (67,4%) dos artigos utilizaram o método de análise comparativa constante e 32 (65,3%) usaram a codificação aberta, axial e seletiva.

4. CONCLUSÕES

O estudo possibilitou apresentar um panorama da utilização da TFD na pesquisa em enfermagem, evidenciando a ênfase da corrente Straussiana e o uso do Interacionismo Simbólico como referencial teórico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009.

GOMES, I.M.; HERMANN, A.P.; WOLFF, L.D.G.; PERES, A.M.; LACERDA, M.R. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Revista de enfermagem da UFPE**. Recife, v. 9, n. 1, p.466-74, 2015.

LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.; SOARES R.S.A.; EBERHARDT, T.D. Teoria Fundamentada nos Dados: possibilidade para a pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. Santa Maria, v. 6, n. 3, 2016.

SANTOS, J.L.G.; ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M.; LANZONI, G.M.M.; MELO, A.L.S.F.; LEITE, J.L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n.3, 2016.

AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SISTEMATIZAÇÃO DE TEMAS

FABIANE MACHADO PAVANI¹; ALINE BASSO DA SILVA²; CRISTIANE KENES NUNES³; AGNES OLSCHOWSKY⁴; CHRISTINE WETZEL⁵

¹Universidade federal do Rio Grande do Sul – fabianepavani04@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – aline_basso@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cris_kenes@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cwetzels@ibest.com.br

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul – agnes@enf.ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O surgimento de dispositivos como consequência da Reforma Psiquiátrica, marcado pela implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), trouxe ao debate da saúde mental a necessidade de novos instrumentos para avaliação desses serviços (WETZEL et al., 2017).

Nessa direção, a Avaliação de Quarta Geração (AQG) se coloca como alternativa às avaliações tradicionais, baseada no referencial construtivista, responsivo e da abordagem hermenêutico-dialética (GUBA; LINCOLN, 2011). Propondo um processo avaliativo participativo, que não estabelece indicadores *a priori*, mas que busca a sua construção com a participação dos grupos

diretamente envolvidos no contexto do serviço, e que sofrem consequências diretas do seu bom ou mau funcionamento.

O presente estudo tem como objetivo analisar os principais temas que emergiram da avaliação de CAPS na região sul do Brasil, a partir da utilização da AQG.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido mediante a análise documental de três pesquisas que avaliaram CAPS com a utilização da AQG - CAPSUL I (2007), CAPSUL II (2012) e Wetzel (2005) - no período de 2005 a 2011.

Foi realizada a leitura e análise dos três relatórios de pesquisa e identificados os principais temas apontados no processo avaliativo, como questões relevantes para o funcionamento dos CAPS, na perspectiva dos usuários, familiares e trabalhadores. A partir dos marcadores qualitativos para a avaliação de CAPS propostos por Kantorski et al., (2011), esses temas foram sistematizados num quadro-síntese, o que permitiu sinalizar a realidade dos serviços substitutivos, em suas potencialidades e fragilidades.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 2 – Principais temas apontados na AQG em CAPS da Região Sul do Brasil.

MARCADORES INTERNOS		TEMAS
Estrutura	Ambiência	Atendimento, ambiente físico, disponibilidade de medicação e alimentação, acessibilidade, recursos humanos e materiais e segurança.
	Atividades de suporte terapêutico	Atividades internas: oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades físicas e culturais, grupo de familiares, assembleia geral, atendimentos individuais e grupais, Atividades externas: parcerias com a comunidade, atividades voltadas para a constituição de cidadania, do controle social e da participação.
Processo de Trabalho		Preparo e capacitação dos profissionais, projeto terapêutico singular, técnico de referência, espaços de comunicação e

	Equipe, características e organização do trabalho	organização do trabalho, supervisão institucional, registros, relacionamento interprofissional, comprometimento da equipe, espaços de escuta do usuário, modelo de atenção à saúde mental, papel dos profissionais, definição de responsabilidades, vínculo e horizontalidade.
	Plasticidade do serviço	Acolhimento, comprometimento do serviço, benefícios sociais, atendimento à crise, flexibilização e reorientação do processo de trabalho, parceria com outros segmentos e poder de contratualidade.
	Inserção da família	Sobrecarga do familiar, apoio familiar, espaços de participação da família, suporte e cuidado à família.
Resultado	Resultados da atenção psicossocial	Autonomia, diminuição das internações hospitalares, satisfação com o serviço, reinserção social e aspectos relacionais, alta do CAPS, singularização do cuidado.
MARCADORES EXTERNOS		TEMAS
Políticas Públicas, gestão e articulação da rede de saúde		Suporte da gestão, lacunas assistenciais, políticas intersectoriais, investimento, articulação com a atenção básica e com a internação, modelo de atenção à saúde mental e integração com a comunidade.
Relação da sociedade com o fenômeno da loucura		Enfrentamento do preconceito e estigma, cidadania.

Fonte: (CAPSUL, 2007; CAPSUL II, 2012; WETZEL, 2005)

Percebe-se que as três pesquisas, realizadas em períodos e contextos distintos, apresentaram temas similares relacionados às dimensões internas, do cotidiano dos serviços, e às externas, relacionadas aos fatores para além da estrutura dos CAPS (Tabela 1).

Entre os temas, muitos deles estão relacionados com valores, opiniões, aspectos relacionais, vivências intersubjetivas, considerados pelos grupos de interesse dimensões relevantes na direção da qualidade dos serviços avaliados. Além disso, aspectos do contexto estudado também foram temas centrais, demonstrando o quanto afetam o funcionamento dos CAPS.

Entende-se que essa diversidade de temas indica que a AQG possibilitou incluir as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse participantes enquanto informações essenciais para a avaliação dos CAPS.

Para Guba e Lincoln (2011), o fato de existir um interesse, independente da sua amplitude, justifica uma sociedade aberta para que os atores envolvidos tenham a oportunidade de fazer recomendações sobre a própria realidade e de exercer algum controle em defesa de seus próprios interesses.

4. CONCLUSÕES

Constatou-se que a AQG é uma importante alternativa metodológica para o campo da avaliação de serviços em saúde mental, diferenciando-se de outras abordagens tradicionais de pesquisa e avaliação qualitativa.

A sistematização dos temas emergidos no processo possibilitou identificar parâmetros para a avaliação da atenção psicossocial a partir de um olhar ampliado, incluindo as subjetividades e particularidades de cada contexto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

KANTORSKI, L.P. (Coord.). **CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**: relatório. Pelotas. 2007.

KANTORSKI, L.P. (Coord.). **CAPSUL II – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**: relatório. Pelotas. 2012.

KANTORSKI, L.P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 202-211, 2011.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo.

WETZEL, C. et al. Avaliação de Quarta Geração no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. **CIAQ**, v.2, p.185-190, 2017.

Eixo 1: Referenciais teóricos-metodológicos para a pesquisa em enfermagem e saúde

A UTILIZAÇÃO DA GROUNDED THEORY NA PESQUISA QUALITATIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA EM ENFERMAGEM

Mara Rejane Vahl²; Samanta Brizolara Coutinho², Aline Gonçalves de Almeida³; Deise Ribeiro da Silva⁴; Pâmela Kath de Oliveira Nörnberg⁵; Ana Carolina de Souza Silveira.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Anhanguera. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: rejane2vahl@gmail.com

²Enfermeira. Especialista em Atenção psicossocial no âmbito do SUS pela Universidade Federal de Pelotas/UFPEL. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: samanta_brizolara@hotmail.com

³Acadêmica de Enfermagem do quarto semestre da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: aline.mmc@hotmail.com

⁴Acadêmica de Enfermagem do quarto semestre da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail: deisers@furg.br

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail:pamelakathpko@yahoo.com.br

⁶Acadêmica de Enfermagem do terceiro semestre da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG). E-mail:anasouza_96@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD), como também é denominada é um método de pesquisa qualitativa caracterizado como variante do Interacionismo Simbólico e busca compreender o significado das relações e interações entre os fenômenos sociais, o entendimento da realidade, bem como da vida e da ação humana no mundo real (STRAUSS, CORBIN, 2002). A GT enraíza-se em pressupostos do Interacionismo Simbólico, no qual o ser humano, em função do símbolo, não responde passivamente à realidade, mas ativamente de forma criativa sempre recriando o mundo da ação (CHARON, 2010). A GT consiste em metodologia de investigação qualitativa com o poder de extrair das experiências vivenciadas pelos atores sociais os aspectos significativos para a obtenção de novos conhecimentos explicando-os. Possibilita interligar constructos teóricos, potencializando a expansão do saber em enfermagem e de outras áreas como psicologia, sociologia e outras (DANTAS et al, 2009). Nas características que orientam o desenvolvimento da GT, destacam-se a coleta de dados pelo conceito de amostragem teórica, utilização de diagramas para articulação entre conceitos ou subcategorias e categorias, e elaboração de um modelo ilustrativo dos resultados (STRAUSS, CORBIN, 2008). A amostragem teórica é um conceito norteador da GT, para definição dos participantes do estudo. Maximiza a obtenção de dados para auxiliar na explicação das categorias, quanto às propriedades e dimensões, visando o desenvolvimento conceitual e teórico. Processos de coleta de dados são desenvolvidos na busca de lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de variações entre conceitos e a condensação das categorias, propriedades e dimensões, conforme as necessidades de informações surgidas na pesquisa (BAGGIO, ERDMANN, 2011; STRAUSS, CORBIN, 2008). Na GT a amostra é formada no decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente, coletando dados de indivíduos e contextos com características sobre as quais a teoria resultante ainda é fraca, até saturar as categorias. Os participantes são elencados em grupos amostrais com indivíduos que tenham experiências relevantes em relação ao fenômeno em investigação (TAROZZI, 2011). Constata-se que a proposta da GT se centra na ação e interação humana. Isso a torna um referencial metodológico relevante para a área da enfermagem e saúde, cujas práticas baseiam-se nas interações entre indivíduos, familiares e equipe de trabalho (CHARMAZ, 2014). **Objetivo:** Refletir sobre a utilização da GT nas pesquisas qualitativas em Enfermagem e suas contribuições para a prática em Enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo teórico-reflexivo a respeito do uso da metodologia da Grounded Theory (STRAUSS, CORBIN, 2008), como estratégia de análise de dados das pesquisas qualitativas na área da Enfermagem. Foi construído com base na leitura crítica de estudos científicos mais atuais, que referenciam o uso da GT nas pesquisas em saúde e enfermagem. Essa construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa, tendo em vista a interpretação e a análise dos elementos teóricos obtidos por

meio do levantamento bibliográfico realizado (MINAYO, 2006). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Como resultados evidenciou-se a seguinte categoria: **Utilizando a Grounded Theory na pesquisa qualitativa: contribuições para a prática em Enfermagem.** A utilização da GT nas pesquisas qualitativas em Enfermagem permitem ao pesquisador um maior aprofundamento teórico sobre o assunto em questão, uma vez que este referencial permite investigar diversas questões sobre a temática escolhida. O pesquisador que escolhe a GT necessita se aprofundar nos caminhos metodológicos, no entanto após este processo é possível observar a riqueza dos resultados, pois o aprofundamento teórico permite que todos os caminhos possíveis sejam desvendados pelo pesquisador. A GT permite uma aproximação do pesquisador com o objeto de estudo, assim na medida que surgem as categorias e por fim a categoria central o pesquisador emerge no conhecimento, em especial nos significados que o fenômeno exerce sobre as pessoas e como estas se modificam e se transformam com as situações vivenciadas. Por isso, este tipo de referencial metodológico se encaixa nas pesquisas qualitativas da área da Enfermagem, uma vez que a GT tem o poder de extrair as experiências vividas das pessoas e assim fazer com que os resultados possam explicar e modificar a prática assistencial do profissional enfermeiro. Ao utilizar a GT em pesquisas na área da Enfermagem o pesquisador consegue entender as vivências dos pacientes, familiares ou profissionais de saúde e a partir disto passa a criar meios de modificar a realidade, traçando novas estratégias de cuidado ou de ação embasado nas vivências dos participantes. Na pesquisa em enfermagem, a GT destaca-se como um referencial metodológico, por valorizar a subjetividade do cuidado integral. Elucida fatos que ocorrem em determinado contexto social e grupos de sujeitos, pela compreensão de seus significados e geração de conhecimento, desde a elaboração de uma teoria com base nos dados (BAGGIO, ERDMANN, 2011). Entende-se que a compreensão da ação humana relaciona-se com descobertas de categorias de relevância, bem como das relações estabelecidas entre elas. Tais categorias emergem com base na visão e na compreensão do fenômeno, na perspectiva dos indivíduos que participam do estudo, sabendo-se da importância das interações sociais na formulação teórica. Nesse método, explora-se a diversidade da experiência dos seres e, com a exploração de tal experiência, desenvolvem-se teorias de médio alcance, que possibilitam a ampliação do conhecimento na área da enfermagem. Para Cunha et al, (2012), com tal método, os enfermeiros podem construir conhecimentos confiáveis partindo-se de pesquisas que envolvam as interações humanas constantes e relacionadas com situações da atualidade. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que a utilização da GT nas pesquisas qualitativas em Enfermagem contribuem de forma positiva para mudanças na prática profissional por ser um referencial metodológico capaz de elucidar a realidade vivenciada pelos sujeitos. Desta forma, o uso da GT como instrumento de análise de dados, produz experiência exitosa, permitindo que os pesquisadores obtenham aprofundamento teórico sobre o assunto investigado. Este conhecimento surge a partir da vivência dos atores sociais investigados tornando este método de análise dos dados efetivo para a elaboração de novas práticas em saúde e Enfermagem. Assim, a GT contribui para que as pesquisas em Enfermagem sejam fontes confiáveis, pois são dados colhidos das experiências vividas dos participantes, permitindo que o investigador

compreenda a realidade do grupo escolhido, desvendando os fenômenos da investigação.

REFERÊNCIAS

1. STRAUSS A, CORBIN J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Facultad de Enfermería, Ed. Universidad de Antioquia; 2002.

2. CHARON JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10th. Boston, U.S.A: Prentice Hall; 2010.

3. DANTAS CC, LEITE JL, LIMA SBS, STIPP MAC. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 julho-agosto; 17(4).

4. STRAUSS A, CORBIN J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

5. BAGGIO MA, ERDMANN AL. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em enfermagem no Brasil. Revista de Enfermagem Referência 2011; 3(3):177-85.

6. TAROZZI M. O que é a Grounded Theory? Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

7. CHARMAZ K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. New York: Sage Publications; 2014.

8. MINAYO, M CS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

9. CUNHA JJ, SANTOS PND, CORREA ABHC, HERMANN AP, LACERDA MR. A oportunidade de trabalhar com a teoria fundamentada nos dados na graduação em enfermagem. **Cienc Cuid Saude** 2012 Jul/Set; 11(3):593-599.

O TRABALHO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SALA DE VACINAÇÃO

TAMÍRES CRISTINA REITER¹; IZABELA PALITOT DA SILVA ²; RAQUEL DE
OLIVEIRA MARTINS FERNANDES ³; DENISE BARBOSA DE CASTRO
FRIEDRICH⁴

¹Faculdade de Enfermagem, UFJF tatareiter@yahoo.com.br,

²Faculdade de Enfermagem, UFJF izabelapalitot@hotmail.com,

³Faculdade de Enfermagem, UFJF raquel.omfernandes@gmail.com,

⁴Faculdade de Enfermagem, UFJF denisefriedrichenf@gmail.com

EIXO TEMÁTICO – Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo ()

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) organiza a política nacional brasileira de vacinação tendo como missão o controle, a erradicação e eliminação das doenças imunopreveníveis. É considerada uma das intervenções mais importantes em saúde pública (BRASIL, 2014).

A equipe da sala de vacinação é composta pelo enfermeiro, responsável pela supervisão da sala de vacina e dois técnicos de enfermagem para cada turno de trabalho; um vacinador pode administrar cerca de 30 doses de vacinas injetáveis ou 90 doses de vacinas via oral por hora de trabalho (BRASIL, 2014).

Com a aproximação às salas de vacinação, pode-se confrontar a realidade do trabalho dos técnicos de enfermagem ao referencial teórico, obtido ao longo da graduação. Isso gerou a motivação para o estudo.

O presente estudo teve como objetivo analisar o trabalho do técnico de enfermagem na sala de vacinação.

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado em sete Unidades Básicas de Saúde, de um município da mineiro. Os participantes foram nove técnicos de enfermagem que aceitaram participar do estudo. Todas as recomendações éticas foram atendidas e a pesquisa teve parecer favorável do CEP/UFJF n. 63086016.9.0000.5147.A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada em abril e maio de 2017. Os dados foram analisados em três fases, de acordo com a metodologia da hermenêutica dialética, sendo elas: ordenação, classificação e análise final dos dados (MINAYO, 2014).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias, núcleos de sentido e uma unidade de sentido serão demonstradas nos quadros I e II a seguir.

Quadro I

Categoria	Núcleos de sentido	Unidades de sentido
A rotina de trabalho do técnico de enfermagem em sala de vacinação.	Premissas e funcionamento da sala de vacinação Triagem e administração das vacinas. A importância da vacinação na percepção da equipe.	[...Entro na sala de vacina, ai eu vou olhar o termômetro da geladeira..... retiro o gelox, monto as caixas térmicas e espero atingir a temperatura pra eu colocar as vacinas...] E3 [...na recepção eles entregam o cartão de vacina.....naquela ordem de chegada que esta la; preenche, vai chamando.....terminada essa etapa de anotações a gente vai aspirar e aplicar a vacina...]E5 [...a sala de vacina é um dos mais importantes porque quando a pessoa entra ali ela não entra doente, então ela não pode sair doente...] E9

A administração dos imunobiológicos não envolve somente a aplicação dos mesmos, o funcionamento da sala envolve o trabalho diário, a triagem dos usuários, as orientações referentes a cada tipo de vacina e por último a administração dos imunobiológicos conforme sua técnica. O profissional atuante nas salas de vacinas deve orientar o usuário ou responsável sobre possíveis reações, acolhendo-o, criando um vínculo entre o profissional e usuário, construindo um atendimento humanizado (MUNIZ; SILVA; MARTINI, 2012).

A equipe de enfermagem reconhece a importância do trabalho na sala de vacinação considerando-a o modo mais eficaz de prevenção contra as doenças em pessoas saudáveis.

Quadro II

Categoria	Núcleos de sentido	Unidades de sentido

Capacitação dos profissionais que trabalham na sala de vacina.	Curso de capacitação em ações em sala de vacina.	[...Fiz um curso de, sobre vacinação, eu fiz ta fazendo o que, quase uns dois anos...] E1.
	Enfermeiro como orientador em sala de vacina.	“Ela passa as coisas pra mim e pra outra técnica, às vezes quando tem reunião de vacina na secretaria, que vai mudar alguma coisa aí assim que ela chega no dia seguinte ela passa as informações e fica algumas coisas ali uns folhetos e uns encartes ali”. (E7)

A vacinação ofertada pelo serviço público de saúde, deve dispor de pessoal qualificado para o funcionamento ideal da sala, articulando os variados setores do sistema de saúde, principalmente a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, principais responsáveis pela efetividade e aprimoramento da imunização (SOARES, 2015).

O processo de capacitação dos profissionais não deve ser realizado somente através da passagem de conteúdos técnicos, normas e protocolos. A prática de ensinar vai além de métodos técnico-científicos; o processo ensino-aprendizagem é um ato de comunicação, ou seja, a troca de experiências vividas, sentimentos e conhecimentos que influenciarão na qualidade da aprendizagem entre os sujeitos envolvidos (ZANI; NOGUEIRA, 2006).

As capacitações promovidas para profissionais não são contínuas. Observa-se que foram realizadas quando o técnico foi inserido no serviço ou há mais de dois anos. Considerando as modificações constantes do calendário vacinal, o aumento do quantitativo de vacinas e dos procedimentos da equipe de enfermagem, há a necessidade de atualização e capacitação permanente dos profissionais.

4.CONCLUSÕES

O trabalho do técnico de enfermagem na sala de vacinação é um serviço contínuo e importante para imunização da população.

Percebeu-se a fragilidade do processo de capacitação dos profissionais. Pode-se inferir que a educação permanente em saúde pode ser a intervenção necessária para a atualização do conhecimento e aprimoramento da equipe.

Nota-se a necessidade de estudos sobre o tema que proponham intervenção.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para **Vacinação**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. 178p. Acesso em: 09 nov. 2016. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf.

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

MUNIZ; SILVA; MARTINI. Acolhimento do usuário de sala de vacina. **Revista de Iniciação Científica do Unilasalle**, RS. v. 1 n. 1 maio/2012. Acesso em: 06 jul 2017. Disponível em: www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Cippus/article/download/334/284

SOARES; MELO; ERGUELLES. **Curso de atualização em sala de vacinas 2015**: reflexão do processo numa perspectiva integrativa entre a Vigilância em saúde e a Atenção Básica. PMSP/ Secretaria Municipal de São Paulo. São Paulo, 2015. Acesso em: 24 ago. 2017. Disponível em: sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=9224

ZANI; NOGUEIRA. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev. Latino am. Enferm**, v.14, n.5, p.742-8, 2006. Acesso em: 04 jul, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a16.pdf.

DROGAS: MODOS DE VIDA E CUIDADO NA RUA

ALINE BASSO DA SILVA¹; FABIANE MACHADO PAVANI²; CRISTIANE KENES NUNES³; CHRISTINE WETZEL⁴; AGNES OLSCHOWSKY⁵

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – alinee_basso@hotmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul – fabianepavani04@gmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cris_kenes@hotmail.com

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cwetzel@ibest.com.br

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – agnes@enf.ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o uso das drogas ainda está associado a uma visão que o limita a dependência química e física, desconsiderando a perspectiva sociocultural e complexa que envolve o uso de drogas na sociedade. O uso de drogas está interligado com o cotidiano do usuário e seu contexto sociocultural, suas vivências no território e as relações ali estabelecidas. Tal fato tem sido abordado em estudos etnográficos que evidenciaram a utilização das drogas como um ritual de socialização e fortalecimento de relações entre aqueles que as usam. Do mesmo modo, este uso tem sido visto simbolicamente como um território de reconhecimento, uma vez que delimita um local de convivência e também de trocas/doações entre os usuários de drogas no espaço da rua, na qual o grupo assume papel acolhedor, na ausência de laços familiares, promovendo sentimentos de igualdade (GRUND, 1993; FERNANDES; PINTO, 2004; FERREIRA, 2013).

Dessa forma, é necessário reconhecer a história de vida e contexto social no cuidado em saúde, considerando também os territórios de vida como locais de cuidado. O território é um espaço de poder, de identidade cultural, apropriação simbólica, em que as pessoas criam laços sociais. Dessa maneira, esse trabalho procura apresentar alguns resultados parciais de uma etnografia urbana em que abordamos os estilos de vida/modos de vida das populações de rua e suas relações com o cuidado. Esse tema visa desmistificar abordagem meramente biológica da droga na saúde, reconhecendo seu caráter sociocultural e a necessidade de uma ampliação de olhares para esses contextos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de Etnografia Urbana que está sendo realizada em Porto Alegre/ Rio Grande do Sul, os instrumentos de pesquisa são observações participantes, entrevistas semiestruturadas, diários de campo e análise documental. Para realização da etnografia buscou-se contato com o Movimento da População de Rua da região metropolitana onde houveram os acompanhamentos de reuniões, eventos, buscando observações e indicações de interlocutores em potencial para realização do aprofundamento do tema.

Os interlocutores são pessoas que tiveram vivência ou estão em situação de rua, já fizeram ou fazem uso de drogas, que considerem ou não esse uso problemático. Nesse trabalho, traremos alguns resultados parciais

obtidos através das observações participantes e registros de diários de campo. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o parecer número 1.802.718.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se um estilo vida/modo de vida na rua, em que o usuário costuma viver em situação itinerante (morando em diversos lugares na rua) e acessando uma diversidade de serviços de acolhimento (Saúde, assistência, albergues, abrigos de uma forma móvel e transitória) ou vivendo em “aldeias” (grupos de pessoas em situação de rua que vivem juntos em algum lugar na cidade, convivendo, alimentando-se, organizando-se, sendo eles amigos ou companheiros, namorados).

O contexto de uso de drogas é abordado como alívio e enfrentamento do frio e das dificuldades em viver na rua, criação de vínculos, redes de amizade e inclusão nos grupos.

A droga apresenta-se não como o problema principal, mas como um elemento que faz parte de vidas marcadas pelo abandono, exclusão, falta de políticas públicas. Nessa perspectiva, é importante mencionar Hart (2014), que avalia que o problema não é a dependência à droga, e sim, os problemas sociais que as pessoas enfrentam que as levam a utilizar droga. Seu estudo aponta que entre 80% e 90% das pessoas que usam crack ou heroína não se apresentam como dependentes, pois ao ser oferecida a opção entre a droga e outra possibilidade (como dinheiro, bens, emprego, lazer), na grande maioria das vezes decidiam pela oportunidade. Em nosso trabalho, a falta de possibilidades para emprego e geração de renda são trazidas como elementos mais importantes para a continuidade na vida nas ruas e uso de drogas.

O cuidado na rua apresenta-se para além de redes formais (assistência social, saúde, educação, moradia) ele é pautado pelas redes informais (amigos, afetos) que costumam ajudar e cuidar em situações de saúde e uso de drogas abusivas. Isso nos recorre a Merhy et al (2014) quando afirma que os serviços de saúde ainda atuam em lógicas burocráticas e operacionais que apagam a multiplicidade das dimensões existenciais, o que nos faz compreender que nessa lógica em que a rede esta colocada há uma dificuldade das pessoas em situação de rua buscarem acesso, criando suas redes de cuidado vivas.

4. CONCLUSÕES

Por fim, é necessário que a rede de serviços intersetoriais compreenda a complexidade dos modos de vida na rua, entendendo que há um estilo de vida/modo de vida bastante particular que deve ser incorporado nas formas de fazer cuidado. É importante também que a droga seja reconhecida enquanto um fenômeno sociocultural, para que se amplie a visão da saúde que ainda permanece meramente biologicista e higienista.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERNANDES, L.; PINTO, M. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. **Monografías Humanitas**, Barcelona, v.1, n.5, p.147-62, 2004.

FERREIRA, R. Z. **O sentido antropológico de dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras drogas**. 2013. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

GRUND, J. C. **Drug use as a social ritual functionality, symbolism and determinants of self-regulation**. Rotterdam: Ed. Erasmus Universiteit, 1993.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 153-64, 2014.

**APLICABILIDADE DA TÉCNICA DE ENTREVISTA EM DISSERTAÇÕES DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/FURG.**

ALEX SANDRA AVILA MINASI¹; ALINE BELLETI FIGUEIRA²; CRISTIANE AMARIJO³; LARISSA MERINO DE MATTOS⁴; EDISON LUIZ DEVOS BARLEM⁵.

¹Graduanda em Enfermagem – FURG- alex-minasi@brigadamilitar.rs.gov.br

²Doutoranda em Enfermagem – FURG- alinebeletti@gmail.com

³Doutoranda em Enfermagem – FURG- cristianeamarijo@yahoo.com.br

⁴Graduanda em Enfermagem – FURG- merinolarissa@hotmail.com

⁵Professor-Doutor em Enfermagem – FURG- ebarlem@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A coleta de dados é parte fundamental para o sucesso de uma pesquisa. A partir dela obtém-se informações pertinentes acerca do tema pesquisado, sendo possível obter maior profundidade de resultados quando realizada de forma adequada e oportuna. Dentre as distintas formas de capturar os dados está a entrevista, que caracteriza-se pela comunicação verbal entre indivíduos, com valorização dos significados da fala e da linguagem, enquanto meio de coletar informações sobre determinado tema (GIL, 2010; VEDOVE, 2016).

Consiste em uma técnica de coleta de dados a partir de perguntas que são formuladas e respondidas oralmente (UNAMUNO, 2016; GIL, 2010). Como método de investigação, a entrevista é utilizada pela riqueza em conseguir revelar valores de representações, emoções e aflorar o inconsciente do participante quando se deseja a exploração profunda das informações (BARDIN, 2011).

Com metas previamente definidas acerca do objeto de sua pesquisa, o pesquisador entra em contato com aqueles que serão entrevistados para capturar os dados necessários (VEDOVE, 2016). O emprego de entrevistas contendo questões abertas, conduzidas a partir de um roteiro semiestruturado permite dar voz ao entrevistado com subsídios para um material rico (SPINK, 2004). A estruturação da entrevista constitui uma etapa fundamental da pesquisa. Exige do pesquisador, tempo, organização e planejamento com um objetivo claro a ser alcançado; a preparação do roteiro contendo questões pertinentes; escolha dos entrevistados (pessoas que possuam familiaridade ou algum conhecimento acerca do tema pesquisado); disponibilidade do entrevistado em conceder a entrevista; garantia da privacidade, do sigilo e da identidade do entrevistado; demonstração de confiança e acolhimento (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Durante a entrevista, o entrevistador deve assumir o papel de ouvinte procurando guiar o entrevistado, levando-o a discorrer sobre os pontos desejados (UNAMUNO, 2016). Exposto isso, buscou-se identificar o uso da técnica de entrevista nas dissertações indexadas no site do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENFFURG).

2. METODOLOGIA

Para a coleta de dados, foi pesquisado durante o mês de outubro de 2016, as dissertações disponíveis no site do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG (PPGENFFURG). No referido site estavam indexadas dissertações datando de 2004 até 2014. O ano de 2015 e o de 2016 não apresentavam indexações. De todas as dissertações foram lidos os resumos, o capítulo do percurso metodológico e os resultados com o intuito de capturar as informações pertinentes ao estudo. Em cada uma delas foi identificado o tipo de estudo, o método de coleta de informações e o tratamento que os dados receberam.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisadas 119 dissertações disponíveis no site do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da FURG. Destas, 78 eram de caráter qualitativo e seis eram de natureza quali-quantitativa. As demais foram descritas como sendo de abordagem quantitativa.

Em relação aos estudos qualitativos, 74 apresentavam a entrevista como forma de coleta de dados. Destes, 14 combinavam a entrevista com outras formas de coleta de dados. Entretanto, o foco nesse trabalho será na modalidade de entrevista como coleta de dados.

Nas dissertações foram identificadas as formas de entrevista estruturada (5), semiestruturada (51), não estruturada (8), o grupo focal (8) e a história oral (1). Algumas delas (6) combinaram mais de uma forma e, em outras (7), não era descrita, na metodologia, o tipo de entrevista empregada.

Considerando-se o grau de flexibilidade, as entrevistas são classificadas em estruturadas, padronizadas ou fechadas e não-estruturadas, não-padronizadas ou abertas (UNAMUNO, 2016). Outra forma de estruturação de entrevista é a semiestruturada que se encontra entre a estruturada e a não estruturada. Outros autores ainda citam entrevistas com grupos focais, história de vida e também a entrevista projetiva (BONI; QUARESMA, 2005).

Nesse sentido, é pertinente seguir algumas sugestões para a realização das entrevistas científicas de forma a obter êxito, como falar a mesma língua do entrevistado para ocorrer uma comunicação efetiva, conhecimento acerca do tema pesquisado a fim de direcionar as entrevistas ao que é realmente pertinente à pesquisa (BOURDIEU, 1999).

4. CONCLUSÕES

A entrevista como técnica de coleta de dados permite explorar um conhecimento rico, que talvez em outras técnicas de coleta não fossem possíveis. Apesar de parecer uma técnica simples, o ato de entrevistar não consiste em uma tarefa banal.

Ao entrevistar um indivíduo o pesquisador o faz relembrar memórias, fatos, situações que podem mobilizar distintos sentimentos, e nesse momento,

o entrevistador deve estar apto a fornecer o suporte emocional do qual o pesquisado necessita.

Nas pesquisas em enfermagem, a entrevista é empregada com intuito de explorar as vivências, sentimentos, desejos e necessidades que cada indivíduo possui a fim de transformá-los em conhecimento pertinente, para que as práticas de enfermagem sejam pautadas nas reais necessidades das pessoas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Regina Garcez (trad). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

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

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80, janeiro-julho/2005.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3ªed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SPINK, M.J.P. O estudo empírico das Representações Sociais. In: Spink MJP. O conhecimento no cotidiano: **As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social**. Editora brasiliense. São Paulo. 2004.

UNAMUNO, M. d. **Metodologia da pesquisa científica - As técnicas de pesquisa**. Ensino interativo – Universidade Anhembi Morumbi. Acessado em 26 out. 2016. Disponível em: <http://www2.anhembi.br/html/ead01/metodologia-pesquisa-cientifica-sequencial/lu03/lo3/index.htm>

VEDOVE, G. **Técnicas de entrevistas na coleta de dados em campo: a arte de quebrar resistência**. Sicurezza editora. 2016. Acessado em: 26 out. 2016. Disponível em: <http://sicurezzaeditora.com.br/blog/?p=1405>

**ANATOMIA HUMANA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE
ESCOLAR**

MARINA BORGES LUIZ¹; MATEUS CASANOVA DOS SANTOS²

¹Universidade Federal de Pelotas – Fen UFPel. marinaborges_mari@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – DM/IB/UFPel. mateuscasasantos@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O ensino do corpo humano é fundamental na formação do aluno, considerando a relevância do autoconhecimento e a compreensão do próprio organismo (OLIVEIRA, 2011). A introdução de conceitos novos ao ensino da anatomia contribuiu e qualifica o processo de aprendizagem. A estratégia a ser aplicada é a adequação à linguagem dos estudantes, utilizando tecnologias como vídeos, slides e imagens tridimensionais com a utilização de softwares (BOECHAT et al., 2016).

A anatomia humana no Ensino Fundamental é de extrema importância, considerando que quaisquer movimentos que são feitos com o corpo sejam eles os mais comuns, ou movimentos mais ativos, envolvem todos os sistemas do nosso organismo. Para compreender esse funcionamento é necessário que a criança conheça o corpo humano (BENEDITO et al., 2008).

O objetivo deste ensaio reflexivo foi compreender as ações extensionistas, dialogando com os saberes científicos e escolares em educação em saúde, integrando a anatomia humana no ensino universitário à formação escolar e à saúde na construção de práticas mais articuladas.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em uma escola pública da área rural do município de São Lourenço do Sul, RS, e emerge das atividades desenvolvidas no projeto de extensão intitulado “Museu Anatômico Itinerante: anatomia humana e educação em saúde em diálogos escolares e científicos”. Participaram estudantes de 10 a 14 anos de idade, no período de agosto a dezembro de 2016. Desenvolveu-se atividades de educação em saúde utilizando a compreensão da anatomia humana, potencializando as ferramentas tridimensionais do corpo humano pelo software *Primal Pictures Ovid SP Anatomy*, complementando a rica construção do corpo humano no processo saúde/doença e na salutogênese (GOEBEL; GLÖCKLER, 2002).

Os temas abordados foram prevalentes na sua necessidade do espaço-tempo escolar. Entre eles, o Sistema Tegumentar aprofundando a prevenção da Dengue; o Sistema Digestório e a alimentação saudável; Cavidade Oral e a saúde bucal; o Sistema Urogenital ao discutir a sexualidade; e, o Sistema Nervoso Central em consequência do uso de drogas e álcool.

A atividade de extensão desenvolvida emergiu como aproximação dos acadêmicos das graduações da área da saúde, como incremento à formação docente universitária, e como instrumento disseminador do conhecimento sobre o corpo humano, a saúde e a anatomia humana, motivada pela ideiação de “se conhecer melhor, para viver melhor”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A respectiva atividade extensionista desenvolveu-se em cinco encontros, com participação de duas turmas de sexta e sétima série do ensino fundamental do turno manhã, com idades entre 10 e 14 anos, totalizando 35 estudantes. Assim, desenvolveu-se de forma colaborativa o Sistema Tegumentar abrangendo a infecção do vírus da Dengue; Sistema Digestório abrangendo a importância da boa alimentação; Cavidade Oral abrangendo a saúde bucal; Sistema Nervoso Central abrangendo o uso de drogas e álcool. A anatomia humana na escola foi orientada por meio de demonstrações de estruturas anatômicas, com o apoio de slides e o uso do *Primal Pictures*, que é uma base de dados de anatomia humana.

A atividade reforçou a capacidade de qualificar os espaços-tempos escolares como ferramentas educacionais teórico-práticas, interdisciplinares e educacionais, possibilitando o desenvolvimento de técnicas anatômicas tridimensionais, a serem construídas por meio do Museu Anatômico Itinerante. Os escolares mostraram-se motivados, principalmente com questões sobre a sexualidade e uso de drogas, dúvidas reais sobre o corpo humano, uso de anticoncepcionais, preservativos e substâncias químicas.

4. CONCLUSÕES

As atividades de extensão permitem a possibilidade de comunicação/divulgação dos conhecimentos produzidos nas universidades a uma parcela mais ampla da sociedade (TABOLKA; GROTTTO, 2012). É considerado relevante que as individualidades dos alunos sejam valorizadas, suas ideias sejam ouvidas e estimuladas, de forma que eles sejam criadores de opiniões e atitudes a partir da aplicação de seus conhecimentos em vários contextos.

É primordial prosseguir no sentido de ampliar as opções metodológicas, mas é inquestionável que o objetivo final é oferecer ao estudante a chance de construir sua realidade e criar significados de forma digna e comprometida com a qualidade de vida e de saúde da população, submetendo-se aos princípios éticos e morais de determinada sociedade e compartilhando sua visão de mundo (FORNAZIERO et al, 2010).

A curiosidade e o fascínio pelo corpo humano foram aspectos importantes percebidos entre os escolares, nas vivências curriculares da área da saúde, em que estivemos implicados nesta investigação-ação educacional. Desenvolveu-se um vínculo com a escola, promovendo o ensino da anatomia humana e educação em saúde, previamente elaborado de forma detalhada e clara para que se possa pôr em prática a temática Saúde, respondendo as necessidades estudantis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDITO, L. C. T.; ONOFRE, E. J.; NICODEMOS, J. A.; MIRANDA, F. V.; LAMP, C. R. **Anatomia para crianças: uma maneira dinâmica de ensinar**. Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná, 2008.

BOECHAT, J.; GAMA, R.; SALES, E.; SILVA, M.; MANHÃES, F. Um estudo sobre abordagens didático-pedagógicas no ensino da anatomia humana. **Revista Científica Internacional**, v.11, n.1, 2016. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/viewFile/472/348>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BOTSARIS, A. Tribute to Aaron Antonovsky—'What creates health'. **Printed in Great Britain**, v.11, n.1. p.1, 1996. Disponível em: <<https://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/5.full.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

GOEBEL, W.; GLÖCKLER, M. **Consultório pediátrico: um conselho médico pedagógico**. Tradução e adaptação da 14.ed. alemã Sonia Setzer. 3.ed. São Paulo: Antroposófica, 2002. 560p. Título original: Kindersprechstunde: Ein medizinisch-pädagogischer Ratgeber.

FORNAZIERO, C.; GORDAN, P.; ARAUJO, J.; AQUINO, J. O ensino da anatomia: integração do corpo humano e meio ambiente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 292-293, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a14v34n2>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

OLIVEIRA, P. T. S. **Abordagens dos professores de Ciências no 8º Ano do ensino fundamental em escolas estaduais de Planaltina Goiás**. 2011. 42f. Trabalho de conclusão de curso Licenciado em Ciências Naturais) – Licenciatura em Ciências Naturais, Universidade de Brasília.

TABOLKA, C. C; GROTTTO, E. M. B. **Universidade e Escola: Diferentes culturas que se encontram em diferentes momentos**, Universidade Regional Integrada do Alto do Uruguai e das Missões, 2012.

**USANDO IMAGENS COMO DISPARADORES DE REFLEXÕES EM
CUIDADORES FAMILIARES**

SILVIA FRANCINE SARTOR¹; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA²;
FERNANDA EISENHARDT DE MELLO³; MELISSA HARTMANN⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – sii.sartor@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas - fernandaemello@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – hmelissahartmann@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A responsabilidade de cuidar em enfermagem exige que decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas em um criterioso processo de coleta de dados para que as informações sejam relevantes e direcionadas às condições e necessidades individuais do cliente (SANTOS; SOUSA; PAIVA et al., 2016).

Dentre as diversas formas e maneiras de se coletar dados para pesquisa ou se aprofundar em determinado assunto que envolve demais seres humanos existe o uso de imagens como disparador e fundamentador de ideias e reflexões.

O contato com o visual provoca a imaginação, o interesse e maior proximidade com as imagens, revelando um sentimento de pertencimento e de reelaboração de novos sentidos. Através da observação, do registro, da exploração e da apropriação da imagem é possível criar uma relação de significados e compreensão estética, e isso implica em fortalecer a comunicação entre os participantes e garantir o cruzamento de novos conhecimentos (GAMA; PEREIRA, 2014).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é relatar como imagens utilizadas como disparadores reflexivos em encontros com cuidadores familiares favorecem o desenrolar de significados e identificações com as particularidades do cuidar.

2. METODOLOGIA

Este trabalho apresenta percepções parciais dos dados coletados através do projeto de extensão “Um olhar sobre o cuidador: quem cuida

merece ser cuidado”, de junho de 2015 até o momento. O projeto realiza acompanhamento aos cuidadores familiares de pacientes vinculados a programas de atenção domiciliar da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

O acompanhamento ocorre por meio de quatro encontros realizados por acadêmicos de enfermagem e de terapia ocupacional, os quais se deram semanalmente, cada um com foco específico. No primeiro encontro, é solicitado que o cuidador conte um pouco de sua história, e também são



elaborados o genograma e ecomapa. No segundo, utiliza-se um vídeo com imagens para disparar reflexões acerca do cotidiano do cuidar. Exemplos dessas imagens são trazidas abaixo.

Figura 1 – Exemplos de imagens utilizadas como disparador de reflexões

Fonte: OLIVEIRA, MUNIZ, KRUSE et al, 2015.

Já no terceiro encontro, o enfoque da conversa aborda desafios, enfrentamentos, e potencialidades de cuidar do paciente no domicílio. E, por fim, no quarto encontro, são aplicadas intervenções conforme a necessidade do cuidador.

Foram acompanhados 54 cuidadores familiares em seus domicílios até o momento. Todos os encontros foram registrados na Ficha de Cadastro do Cuidador Familiar, sendo os registros lidos e analisados a partir da identificação do que havia sido discutido nos encontros e da percepção do que

as imagens os faziam recordar, pensar e refletir a respeito do cuidado realizado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira vez em que os cuidadores familiares têm contato com as imagens, frequentemente relacionam a grande maioria delas com o paciente, o lugar onde descansava, comia, dormia, lugares que gostava de ir, medicações que tomava, etc. Com o passar dos encontros, é possível observar que os cuidadores começam a se identificar com as figuras, desta vez as direcionando para si mesmos.

É importante que esses cuidadores possam refletir sobre o cuidado realizado por eles em domicílio, analisar as fragilidades, potencialidades, como também se estão cuidando de si. É essencial que haja a possibilidade deles repensarem sua prática diária e refletir sobre estratégias que amenizem possíveis sobrecargas experienciadas enquanto sujeito de cuidado, com o intuito de compreender não somente o cuidar direcionado ao seu ente querido, como também a importância de direcionar determinado cuidado também para si.

As imagens do cotidiano apresentadas (Figura 1) como disparador reflexivo para a escuta terapêutica propiciam aos cuidadores que eles relacione-as com experiências do cuidar, uma vez que permitem que falem de suas angústias e anseios. Por exemplo, a balança tem significado de equilíbrio que o cuidador precisa buscar entre a razão e a emoção para prosseguir nas ações de cuidado, dentre tantos outros (OLIVEIRA; MACHADO; OSIELSKI et al., 2017).

Desta forma, tem-se que as imagens são ricas ferramentas utilizadas para a reflexão, pois possibilitam os indivíduos a articulação de saberes prévios a novos saberes, assim como experiências já vividas. Isso possibilita compreender a significação que leva os cuidadores a interpretar determinada imagem, bem como perceber se há avanço na construção de saberes (RICHTER; SOUZA; LIMA, 2016).

4. CONCLUSÕES

Pode-se perceber que muitos cuidadores ainda tendem a manter o ente querido como centro do cuidado, muitas vezes deixando de lado o próprio, esquecendo de si e adoecendo, seja por sobrecarga física, emocional, espiritual ou mental. É fundamental que momentos de reflexões e compartilhamento de ideias sejam realizados a fim de que esse cuidador familiar também possa perceber a importância que tem o cuidar de si mesmo, e que para desempenhar um cuidado de qualidade para com o paciente, ele também precisa estar bem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GAMA, F.D.; PEREIRA, S.J. Algumas Reflexões Sobre Leitura De Imagens, Práticas Em Ateliês. **Revista Observatório da Diversidade Cultural**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.165-180, 2014.

OLIVEIRA, S. G.; MACHADO, C. R.; OSIELSKI, T. P.O., et al. Estratégias de abordagem ao cuidador familiar: promovendo o cuidado de si. **Revista Extensão em Foco**, Palotina, v.23, n.13, p.135-148, 2017.

OLIVEIRA, S. G.; MUNIZ, R. M.; KRUSE, M. H. L., et al. **Um olhar sobre o cuidador familiar: quem cuida merece ser cuidado**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Pró-reitoria de extensão e cultura. Faculdade de Enfermagem, 2015.

RICHTER, L.; SOUZA, V.M.; LIMA, V.M.R. O uso de imagens como possibilidade de reflexão para licenciandos sobre a prática docente. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v.97, n.246, p.425-441, 2016.

SANTOS, D.M.; SOUSA, F.G.; PAIVA, M.V., et al. A enfermagem baseada em evidências apoiando a construção do histórico de enfermagem: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.15, n.3, p.561-569, 2016.

DESAFIOS DO CUIDADO AO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR

CAMILA PEIXOTO FARIAS¹; DAIANE PHILIPPSSEN MADERS, MARCELENE SOUZA DUARTE, MARIANA BARBOZA LOPES²

¹Universidade Federal de Pelotas – pfcamila@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – daianemaders@outlook.com, duartecelene@hotmail.com, marianabarbozalopes@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O cuidado humanizado e adequado às necessidades físicas e psicológicas do paciente hospitalizado é de fundamental importância para que ele possa construir recursos para lidar com este momento desafiador que é o adoecimento e a internação. Tendo isso em vista o presente trabalho visa investigar as formas como o cuidado do paciente vem sendo exercido pelas equipes de saúde no âmbito hospitalar, bem como, apresentar uma discussão acerca de tal cuidado.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, por meio de levantamento de trabalhos, artigos e livros que abordassem o assunto de interesse. Posteriormente, mediante reuniões, foram feitas leituras reflexivas, discussões e fichamentos, de forma que possibilitasse o aprofundamento das reflexões sobre o tema abordado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A humanização da assistência tem obtido cada vez mais força dentro dos hospitais, sendo essa uma abordagem profissional que visa a promoção da saúde a partir de um cuidado menos mecanizado e focado apenas na doença (COSTA; FILHO; SOARES; 2003). Dessa forma, é preciso que o cuidado humanizado seja realizado de forma que ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença, pois, segundo CAMPOS (2016), o paciente não deseja somente ser cuidado por meio de remédios, exames ou cirurgias, mas, deseja também, ser olhado, tocado e escutado.

Para que o cuidado possa ser humanizado é fundamental que os profissionais da saúde possam voltar-se para o sujeito doente. Muitas vezes não é mais possível curar, mas ainda há muito que ser feito para cuidar, sendo esse, também, um papel importantíssimo da equipe. O profissional pode estar disponível para o doente através da sua presença, atenção, cuidado, ajuda e informação, proporcionando uma forma de apoio emocional e podendo favorecer trocas significativas entre ele e o paciente (LUZ, et. Al., 2015). Mas para que isso seja possível é preciso que o cuidado seja realizado tendo em vista a singularidade de cada paciente, a ideia de “cuidar como gostaria de ser cuidado” precisa ser abandonada abrindo espaço para o cuidar alicerçado em “como o paciente gostaria de se cuidado.”

A forma de cuidado que prioriza a doença e, conseqüentemente, a cura,

acaba, segundo Quintana, et. Al. (2006), considerando a morte como fracasso da instituição e, também, dos profissionais que ali atuam. Nesse contexto, a relação dos cuidadores com os pacientes que estão, por exemplo, em fase terminal, enfrenta um desafio de manejo. A dificuldade de estabelecer um diálogo com o paciente sem perspectivas de cura se inicia na própria comunicação do diagnóstico, quando é comum a ocultação de informação, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levá-lo à depressão, gerando um agravamento da doença (QUINTANA, et. Al., 2006). Dessa forma, percebe-se a importância de que o cuidado transpasse o âmbito da cura e da doença, para que seja possível fornecer ao paciente um cuidado onde as necessidades integrais do indivíduo sejam consideradas.

Torna-se também necessário perceber que a relação do cuidador com o paciente está diretamente ligada ao próprio cuidado que é dedicado ao profissional, visto que, a equipe hospitalar lida diariamente com situações de difícil manejo. Dessa forma, se esse profissional não possui um espaço ou um apoio para lidar com suas próprias emoções e sentimentos, segundo Faria e Maia (2007), o sofrimento emocional poderá interferir não só em sua saúde, mas também na qualidade dos serviços prestados.

Nesse caso, a partir de uma perspectiva psicanalítica, podemos pensar que a dificuldade de encaminhamento das próprias emoções tenha efeitos na forma de cuidado que os profissionais dirigem aos pacientes. Com isso, nota-se a importância da criação de espaços de acolhimento dos aspectos emocionais ligados a prática profissional. Segundo Luz, et. Al. (2015), a criação de espaços de discussão, de troca de experiências, até mesmo rounds, pode ser uma maneira de reduzir o estresse e situações de sofrimento.

A qualificação profissional das equipes de saúde também é um ponto essencial que permeia as formas de cuidar, pois, de acordo com LUZ, et. Al. (2015), quando se trata do ato de cuidar, o profissional da enfermagem, assim como outros profissionais, baseia-se em suas crenças e valores. Dessa forma, a qualificação auxiliaria o profissional a desenvolver habilidades no manejo com o paciente e seus familiares, a partir de um modo propositivo de enfrentamento que conduz o profissional a aprender a lidar com o sofrimento, a atenção às necessidades biológicas, mas também emocionais do paciente, aprimorando a escuta e a sensibilidade (LUZ, et. Al., 2015).

Portanto, considera-se essencial que o profissional veja o paciente de forma integral, ultrapassando o paradigma da doença como foco e da cura como principal forma de cuidado, pois, segundo Costa, et. Al. (2003) o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos; significa, também, reconhecer os pacientes como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas.

4. CONCLUSÕES

Foi possível concluir que o tratamento do paciente ainda se dá de forma preponderante centrado na doença, sem considerar a integralidade do ser humano. Dessa forma a cura passa a ser o foco e nesse contexto o cuidado pode acabar sendo negligenciado.

No entanto, o paciente precisa de muito mais do que os procedimentos e intervenções que visam a cura, necessita de profissionais que o percebam como um sujeito único, fornecendo o tipo de cuidado que ele deseja e proporcionando um espaço seguro para que ele possa vivenciar, elaborar e criar suas próprias estratégias para lidar com o adoecimento e a hospitalização.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador? **Uma proposta para os profissionais de saúde**. Teresópolis: Unifeso, São Paulo: Pontocom, 2016.

COSTA, C.A., FILHO, W.D.L, SOARES, N.V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 2003, maio/jun.

FARIA, D.A.P.; MAIA, E.M.C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, nov/dez 2007.

LUZ, K.R., et. Al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 67-71, jan-fev. 2016.

QUINTANA, A.M., et. Al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**, 2006.

A PESQUISA SOB O SUPORTE DA ERGOLOGIA

ROSANE TERESINHA FONTANA

*Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS –
rfontana@san.uri.br*

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A ergologia é uma abordagem pluridisciplinar que estuda o trabalho na sua micro dimensão, “utilizando-se de uma “lupa” e tentando entendê-lo a partir da atividade concreta de quem trabalha; tem como ponto de partida a distinção entre trabalho prescrito e trabalho efetivamente realizado” (BORGES, 2004, p. 42). Reconhece que o trabalho é feito por um sujeito dotado de um corpo, com funcionamentos neuro-sensitivos e envolvido em conformações que ultrapassam a pessoa física; estão inclusos no corpo o entorno social, o psíquico, o institucional, as normas, os valores, a relação com os tempos e com os homens (SCHWARTZ; DURRIVE, 2008). Trata-se de uma dialética que possibilita espaços de problematização e aprendizagem mútua e tem como fundamento o compartilhamento do saber, reconhecendo o saber do outro e disponibilizando-se a aprender, ao 'desconforto intelectual'.

O Objetivo deste ensaio é refletir sobre a ergologia como proposta epistemológica para investigações em saúde do trabalhador.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, sem a necessidade da sistematização sobre as fontes de informação e a metodologia usadas para busca das referências, nem os critérios empregados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem-se de uma análise da literatura divulgada em livros, artigos publicados em periódicos e na interpretação e análise crítica pessoal do autor (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004; ROTHER, 2007).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na dinâmica do trabalho, a ergologia recomenda a gestão com pessoas, em vez de gestão de pessoas, a valorização do saber da experiência do sujeito que vivencia o trabalho, a união dos saberes prévios da equipe e a fusão com saberes científicos, construindo um novo modo de trabalhar, focado na cogestão de todos os sujeitos. Neste sentido, Schwartz propõe o Dispositivo Dinâmico de Três Pólos (DDTP), assim conformado: pólo das disciplinas ou dos saberes disponíveis nas ciências; pólo dos saberes constituídos na atividade e pólo que prevê um 'desconforto intelectual' (uma espécie de incômodo frente aos saberes da experiência e os científicos), para que se possa progredir nos dois planos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Assim, para estudar o trabalho real, o uso do DDTP pode ser uma boa estratégia. Uma revisão da literatura alicerçada na ergologia, apontou o vazio das normatizações, do trabalho prescrito e o exercício do trabalho real da

enfermagem, especialmente na tomada de decisões dos enfermeiros, frente a sua função de líder da equipe de enfermagem. As diferenças entre o trabalho real e o prescrito, apontaram para o número insuficiente de trabalhadores, a deficiência de materiais, os conflitos com usuários e outros trabalhadores, convocando o enfermeiro a produzir novos modos de agir. As mudanças nos saberes e criação de novos, se dão pelo convívio com os usuários dos serviços de saúde e pela experiência advinda da prática; muitos desses conhecimentos não estão em livros, são aprendidos e reinventados no exercício da atividade (SANTOS; CAMPONOGARA, 2014). Com o objetivo de compreender a situação de trabalho, a partir dos conceitos, saberes e valores expressos e praticados por trabalhadores de enfermagem, para a gestão dos riscos ocupacionais, um estudo, alicerçado na ergologia (FONTANA; LAUTERT, 2013), utilizou o Dispositivo Dinâmico de Três Polos. Constituiu o Polo I, os saberes disciplinares da epidemiologia, saúde coletiva, legislações, entre outras, o Polo II, os imbricados na atividade dos trabalhadores relativos ao tema, para, no Polo III, fundirem-se os conhecimentos advindos das situações de trabalho com os da ciência para a formação de propostas de ambiência saudável, de prevenção de agravos ocupacionais, circunscrito por aprendizagens e 'in-prendizagens', uma forma de humildade diante da atividade de trabalho e que implica o desnude da racionalidade intelectual, o desconforto intelectual, para, a partir do ético e do epistêmico, constituir o polo do mundo comum a construir (SCHWARTZ DURRIVE, 2007).

4. CONCLUSÕES

A ergologia, por ser um referencial teórico metodológico que promove a participação e cogestão de quem trabalha, pode ser útil nas investigações da área da saúde, com vistas a melhorar a qualidade do processo de cuidar, a saúde do trabalhador, favorecer e intervir sobre as situações de trabalho, sobre a atividade, de modo a transformá-la. A tomada de decisões sobre o que é bom e o que não é no seu cotidiano, só podem ser legítimos a partir da discussão coletiva, reconhecendo o trabalho como uma atividade e não como mera ação. Em muitas situações, o trabalho real difere do prescrito pelas lacunas existentes na sua organização e estrutura e por conta da economia corporal que minimiza sofrimento e adoecimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n.1, p.1-9, 2004.

BORGES, M.E.S. Trabalho e gestão de si: para além dos "recursos humanos". **Caderno de Psicologia Social e Trabalho**, 2004. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo>. Acesso em 20 jul 2017.

FONTANA, R.T.; LAUTERT, L. The situation of nursing work and occupational risks from an ergological perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n. 6, p.1306-1313, 2013.

SANTOS, T.; CAMPONOGARA, S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.12, n.1, p.149-163, 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462014000100009&lng=pt&nrm=iso Acesso em 2 junho 2017.

SCHWARTZ Y; DURRIVE L. Glossário da ergologia. **Laboreal**, v..IV, n.1, p.:23-8, 2008. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php>. Acesso em 20 jun 2017.

SCHWARTZ Y; DURRIVE L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed UFF, 2007.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2, p.5-6, 2007.

FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ NA PESQUISA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THAMIZA LAUREANY DA ROSA DOS REIS¹; STELA MARIS DE MELLO
PADOIN²; PAULO VICTOR CESAR DE ALBUQUERQUE³

¹Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas – thamiza1@hotmail.com

²Universidade Federal de Santa Maria – stelamaris_padoin@hotmail.com

³Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas – albuquerque.pvc@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Alfred Schütz, interessado pela sociologia de Max Weber e pela filosofia de Edmund Husserl, contribuiu para estabelecer os fundamentos da Fenomenologia Social. Seu pensamento foi marcado pela busca da compreensão da vivência dos indivíduos no mundo da vida, reconhecendo nessa caminhada as relações sociais em um determinado tempo e espaço. Destarte, analisou fatores fundamentais determinantes do comportamento, de modo que a ação social é vista como um processo fundamentado em motivações, razões e objetivos (SCHUTZ, 2012).

Neste trabalho objetiva-se: relatar a experiência no desenvolvimento de uma investigação fenomenológica, sustentada no referencial de Alfred Schütz. A relevância está na necessidade de aprofundamentos teóricos sobre fenômenos que permeiam a prática assistencial, proporcionando assim, subsídios para uma reflexão ampliada no que tange as relações entre profissionais de saúde e usuários.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, no qual apresenta-se a vivência do aprofundamento teórico-metodológico no referencial de Alfred Schütz, a partir do desenvolvimento de uma investigação fenomenológica com profissionais da saúde do centro obstétrico de um hospital universitário considerado referência na região central do Rio Grande do Sul (REIS, 2017).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob o parecer nº 1.387.340, desenvolveu-se a investigação, sendo observados os aspectos éticos, conforme Resolução Nº 466 (BRASIL, 2012). Participaram 17 profissionais, a saber: sete enfermeiros, seis médicos, três técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta. As atividades ocorreram no período entre março de 2015 e março de 2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca pelo conhecimento acerca da atenção obstétrica implicou na percepção de uma faceta da realidade social dos profissionais, despertando para a necessidade de ampliar a compreensão do tema e de produzir conhecimento à área. Neste sentido, a fenomenologia social caracterizou-se

como alternativa de investigação, pois permitiu um olhar efetivo sobre as ações realizadas, reconhecendo a essência das relações e dos indivíduos envolvidos (SCHÜTZ, 2012).

No desenvolvimento da pesquisa destacam-se algumas etapas essenciais, entre elas a aproximação e ambientação ao cenário pesquisado. A primeira objetivou que as pesquisadoras fossem conhecidas pelas pessoas e conhecessem a estrutura e dinâmica de funcionamento local, assim como, apresentassem a proposta da pesquisa. Já a ambientação oportunizou o desenvolvimento de um compromisso com pessoas que fazem parte do cenário de pesquisa (PAULA et al., 2014).

A produção dos dados ocorreu por meio da entrevista fenomenológica. Iniciava-se com uma conversa informal para que os participantes se sentissem à vontade e desvelassem o fenômeno vivido, experienciado e conscientemente percebido no mundo da vida. Para isso, foram utilizadas questões abertas que permitiram que os profissionais expressassem espontaneamente as suas vivências.

Cabe ressaltar que nesta etapa foi necessário realizar um exercício constante de retomar o objetivo do estudo, refletindo quanto à conformidade das questões utilizadas na entrevista e quanto à compreensão das mesmas pelos profissionais. Para tanto, à medida que as entrevistas eram realizadas, eram transcritas e ouvidas repetidas vezes a fim de chegar à apreensão da intencionalidade da ação expressa nas falas. A etapa de campo encerrou-se no momento em que os significados expressos nos depoimentos mostraram suficiência de estruturas essenciais para compreender o fenômeno investigado.

Compreende-se que, além de oportunizar a percepção de que as questões estavam adequadas, este momento mostrou a necessidade de redução de pressupostos das próprias pesquisadoras enquanto estudiosas da temática, bem como a adoção de uma atitude científica deixando-se guiar pelo conjunto metodológico adotado.

Para a análise, utilizou-se a estratégia metodológica sugerida por estudiosos da Fenomenologia Social (TOCANTINS; SOUZA, 1997), seguindo as seguintes etapas: transcrição das entrevistas; leitura e releitura das mesmas, visando identificar as ações desenvolvidas e captação dos motivos atribuídos pelos profissionais de saúde às ações que realizam na assistência. A partir disso, foi possível iniciar a compreensão dos significados individuais pela correspondente análise e junção em categorias por similaridade das experiências vividas e descrever assim, as causas e intencionalidades das ações realizadas, constituindo os “motivos para” e “motivos porque” (SCHUTZ, 2012).

Evidencia-se que a opção pela fenomenologia social de Alfred Schutz possibilitou a apreensão das motivações das ações realizadas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência, a partir de suas experiências intersubjetivas e de uma realidade vivenciada somente por eles em seu mundo da vida. Além disso, converge com as implicações sociais da pesquisa na área da saúde, uma vez que a assistência não é vivida apenas no contexto individual da ação, mas em um mundo de relações com os outros.

4. CONCLUSÕES

Considera-se que o referencial de Alfred Schütz mostrou-se relevante na condução de estudos com profissionais de saúde, uma vez que esses pautam suas ações em objetivos e intencionalidades que precisam ser desvelados a fim de que se possam buscar articulações possíveis que contribuam para transformação de seu modo de agir em direção a uma prática assistencial qualificada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS; 2012.

PAULA, C.C. et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Impresso). Brasília, v. 67 (3), p. 468-472, 2014.

REIS, T.L.R. **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: um estudo fenomenológico na perspectiva de profissionais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2017.

SCHÜTZ, A. 1899-1959. **Sobre fenomenologia e relações sociais/** Alfred Schutz; edição e organização Helmut T.R. Wagner; tradução de Raquel Weiss.- Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

TOCANTINS, F.R.; SOUZA, E.F. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1 (lançamento), jul., 1997.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE DIAGNOSTICADA
EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO RIO GRANDE DO SUL**

MANUELA FILTER ALLGAYER¹; KARINE ZENNATI ELY¹; SUZANE BEATRIZ
FRANTZ KRUG²; LIA GONÇALVES POSSUELO³;

¹Enfermeira. Mestranda. Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - manuelaallgayer@hotmail.com / Karine-ely@saude.rs.gov.br

²Enfermeira. Docente. Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Enfermagem e Odontologia, Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - skrug@unisc.br

³Bióloga. Docente. Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Biologia e Farmácia Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde – liapossuelo@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Doença infectocontagiosa, causada pelo bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, a tuberculose (TB) consiste em uma enfermidade transmitida através de gotículas produzidas pela tosse, espirro ou fala da pessoa que apresenta a forma bacilífera, sendo a forma pulmonar a mais frequente entre a população mundial (WHO, 2014). O Brasil, no ano de 2015, apresentou uma incidência nacional de 30,9/100 mil habitantes, onde foram notificados 63.189 casos de TB. Entre os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul (RS) apresentou uma das maiores incidências, maior que a média nacional, sendo de 39,9/100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

As principais causas de hospitalização é a falência do tratamento, o mau estado geral e a caquexia, sinalizando as falhas no processo de busca ativa de casos e o diagnóstico tardio da doença. Estima-se que no Brasil, 30% dos casos são diagnosticados na atenção terciária (PERRECHI; RIBEIRO, 2011). As internações por sua vez, tornam-se necessárias devido à gravidade, o que envolvem complicações, maior tempo de internação e maiores taxas de óbito (PORTO et al., 2017).

Ao longo dos últimos anos, diversas estratégias e planos estão sendo executados mundialmente para o combate da TB considerada no Brasil um problema de saúde pública (BRASIL, 2017a; WHO, 2015a). Apesar dos avanços, como a redução da incidência de 42,7 em 2001 para 34,2 casos por 100 mil habitantes em 2014 (BRASIL, 2016), existem ainda muitas dificuldades a serem superadas com o objetivo de acabar com o problema, como por exemplo, *The End TB Strategy* que visa a redução de 90% da incidência e até 2035 abaixo de 10 casos por 100 mil/habitantes (WHO, 2015b). Estudos acerca do perfil epidemiológicos dos indivíduos acometidos pela doença mostram-se primordiais, para que a partir disso, sejam direcionadas estratégias para melhorias na assistência e nos indicadores. Diante do exposto acima, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de TB diagnosticados em um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul (RS), no período de nove anos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo de casos de TB diagnosticados no Hospital Santa Cruz (HSC), localizado no município de Santa Cruz do Sul, interior do RS. Foram considerados casos diagnosticados no período de janeiro de 2007 a dezembro 2015. Os dados foram coletados a partir de notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do prontuário eletrônico dos pacientes na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). As variáveis avaliadas foram: sexo, idade, moradia em área de cobertura pela atenção básica, forma da doença (pulmonar ou extrapulmonar), coinfeção TB/HIV e desfecho. A tabulação e análise de dados foi realizada no software SPSS (v 23.0), utilizando o teste qui-quadrado. Os valores foram expressos em números absolutos e percentuais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram diagnosticados no período 115 casos, sendo apenas 103 utilizados na análise estatística, pois apresentavam as mesmas variáveis avaliadas no prontuário eletrônico. 61 (59,2%) pacientes eram do sexo masculino, dado que apresenta-se compatível com outros estudos, como o de Freitas et al. (2016) em que 54,90% dos casos diagnosticados atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém – PA, eram do sexo masculino. Fatores como a menor procura pelos serviços de saúde, maior exposição a fatores de risco e maiores taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), encontram-se relacionados ao maior número de casos em homens (ZAGMIGNAN et al., 2014; BRASIL, 2017). A média de idade foi de 41,5 anos, ou seja, indivíduos em idade reprodutiva encontram-se acometidos provavelmente por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição (PEREIRA et al., 2015).

Entre os pacientes que tiveram internação, 66 (64,07%) residiam em área de cobertura da atenção básica do município de Santa Cruz do Sul. A atenção básica deve ser a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), casos suspeitos da TB devem ser atendidos e vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou UBS, porém, é sabido que a proporção de casos diagnosticados e tratados em hospitais é muito maior do que espera-se (BRASIL, 2011). Falhas da rede básica também são apontadas, como em um estudo realizado por Paula et al. (2014) que cita falha no diagnóstico (profissionais relataram terem dificuldade de identificar TB, confundindo com pneumonias ou gripes); falta de acolhimento (a ausência leva o indivíduo a procurar a atenção terciária para o problema ao qual enfrenta); falta de busca ativa de sintomas respiratórios (SR) (a maioria dos casos são diagnosticados através da demanda espontânea); e as falhas direcionadas a educação em saúde, sendo as campanhas e ações pouco direcionadas as populações de maior risco. Todos esses fatores contribuem para um aumento do diagnóstico, no ambiente hospitalar.

A TB pulmonar foi a forma presente em 64 (62,1%) casos, achado este que, entra em consonância com o estudo de Fusco et al. (2017) em que 81,60% dos indivíduos apresentava a forma pulmonar, sendo a mais frequente e responsável pela cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011). Destes, 35 (33,9%) eram co-infectados com HIV. No Brasil pessoas que possuem HIV/Aids apresentam um risco 28 vezes maior de contrair a TB, quando comparado a população geral. Em 2016, foram notificados 6.501 casos da

coinfecção TB/HIV no país (BRASIL, 2017b). O desfecho da morte foi maior entre os pacientes com co-infecção TB/HIV ($p = 0,047$). Costa et al. (2014) aponta que a taxa de óbitos pode ser maior em indivíduos etilistas e drogaditos, o que leva a maiores taxas de abandono e recidiva da doença, podendo ser multidrogarresistente (MDR). No ano de 2015 constatou-se através de análises epidemiológicas no país, que o desfecho no tratamento foi pior nos casos de co-infecção TB/HIV, em que, menos da metade destes casos tiveram desfechos favoráveis (BRASIL, 2017b).

4. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou identificar o perfil dos casos de TB diagnosticados no ambiente hospitalar, porém recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas, com o intuito, de apresentar uma amostragem mais representativa desta população. Através dos resultados encontrados foi possível identificar, de forma geral, aspectos relacionados ao diagnóstico tardio e controle da doença em âmbito municipal. Com base nos dados apontados podemos desenvolver ações, com foco nas populações mais vulneráveis a doença, qualificando o acesso, as estratégias de diagnóstico precoce na atenção primária. Estratégias de educação permanente e capacitação em serviço são relevantes para a identificação do sintomático respiratório, diagnóstico precoce e tratamento adequado, com atenção especial aos indivíduos que apresentam coinfecção TB-HIV. A longo prazo, estas estratégias são essenciais no controle da morbimortalidade e auxiliares para o alcance das metas globais, como a Estratégia End TB, que propõe o fim da Tuberculose até 2035 e a meta da Declaração de Paris, que propõe o fim da epidemia de AIDS até 2020.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, Brasília, 2016. Acessado em 18 ago. 2017. Online. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico#assunto>

BRASIL. **Coinfecção TB/HIV no Brasil: Panorama epidemiológico e atividades colaborativas 2017**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017b. Acessado em 17 ago. 2017. Online. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-VjRIZHVZZWlyOWc/view>

BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Acessado em 18 ago. 2017. Online. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHq5D7l_rVAhUD5yYKHRw4BvUQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fmanual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf&usq=AFQjCNGys4fEGato6rCLL3XGLvuerejU3w

BRASIL. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017a. Acessado em 17 ago. 2017. Online. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-eVc5V3cyMVFPcTA/view>

COSTA, R. R.; SILVA, M. R.; ROCHA, A. S.; ABI-ZAID, K. C. F.; FONSECA, A. A.; SOUZA, D. M. K.; BONAN, P. R. F. Tuberculose: Perfil epidemiológico em hospital referência no tratamento da doença. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 24, n. 5, p. 57-64, 2014.

FREITAS, W. M. T. M.; SANTOS, C. C.; SILVA, M. M.; ROCHA, G. A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Pará, v. 7, n. 2, p. 45-50, 2016.

FUSCO, A. P. B.; ARCÊNCIO, R. A.; YAMAMURA, M.; PALHA, P. F.; REIS, A. A.; ALECRIM, T. F. A.; PROTTI, S. T. Distribuição espacial da tuberculose em um município do interior paulista, 2008-2013. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 01-09, 2017.

PAULA, R.; LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; GALESI, V. M. N.; SCHOEPS, D. Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. s.i, n. s.i, p. 600-614, 2014.

PEREIRA, J. C.; SILVA, M. R.; COSTA, R. R.; GUIMARÃES, M. D. C.; LEITE, I. C. G. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 01-12, 2015.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Desfecho de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 6, p. 783-790, 2011.

WHO. **Global tuberculosis report 2015**. World Health Organization, Geneva, 2015a. Acessado em 18 ago. 2017. Online. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

WHO. **TB prevention and control care in prisons**. World Health Organization, Geneva, 2014. Acessado em 18 ago. 2017. Online. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249197/Prisons-and-Health,-8-TB-prevention-and-control-care-in-prisons.pdf?ua=1

WHO. **World Health Organization. The End TB Strategy**. World Health Organization, Geneva, 2015b. Acessado em 18 ago. 2017. Online. Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <http://www.who.int/tb/strategy/en/>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ZAGMIGNAN, A.; ALVES, M. S.; SOUSA, E. M.; LIMA, L. G.; SABBADINI, P. S.; MONTEIRO, S. G. Caracterização epidemiológica da tuberculose pulmonar no Estado do Maranhão, entre o período de 2008 a 2014. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 6, n. 1, p. 02-09, 2014.

**METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS PARA CONSTRUÇÃO E
VALIDAÇÃO DE INDICADORES QUALITATIVOS**

POLIANA FARIAS ALVES¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI²; MICHELE
MANDAGARÁ DE OLIVEIRA³; KARINE LANGMANTEL SILVEIRA⁴

¹ Universidade Federal de Pelotas – polibrina@hotmail.com;

² Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br;

³ Universidade federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com;

⁴ Universidade Federal de Pelotas – kaa_langmantel@hotmail.com;

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Assim como em outras áreas da saúde, na saúde mental os processos de avaliação se deparam com alguns entraves, como, por exemplo, a falta de indicadores. Minayo (2009) conceitua indicador como uma espécie de sinalizador da realidade, um parâmetro que serve para analisar se os objetivos ou os resultados de uma política ou programa foram alcançados, podendo estes ser de ordem quantitativa ou qualitativa. Tanaka e Melo (2001), ressaltam que um indicador quantitativo representa um evento que tem sua expressão numérica, o que por outro lado, um indicador qualitativo trata acerca da qualidade de um evento.

Segundo Furtado et al. (2013), no campo da saúde mental existe uma dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos neste contexto.

A partir do entendimento da indispensabilidade de se avaliar os resultados provenientes das ações dos serviços de saúde mental, apresenta-se como bastante pertinente a necessidade de se investir na construção de indicadores a partir de metodologias que dessem ênfase a valores intersubjetivos dos atores dos serviços no contexto da saúde mental.

Apesar das diversas metodologias avaliativas existentes, a avaliação qualitativa participativa vem se mostrando o caminho mais coerente para a busca de indicadores qualitativos. A mesma concede passe livre para a escuta da voz dos usuários e dos familiares dos serviços de saúde (ALVES, 2014).

Desta forma, este estudo teve como objetivo construir indicadores qualitativos de resultado em saúde mental por meio da utilização de metodologias qualitativas participativas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa participativa, oriundo de uma dissertação de mestrado intitulada “Indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da Avaliação de Quarta Geração”. O referencial teórico adotado foi o da Atenção Psicossocial. O mesmo foi realizado juntamente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e concluída em dezembro de 2014. O local deste estudo foi um Centro de Atenção

Psicossocial do tipo II na cidade de Alegrete/RS. A proposta metodológica para a construção dos indicadores foi dividida em duas etapas: A primeira foi de retomar o banco de dados qualitativos de duas pesquisas avaliativas realizadas anteriormente, o CAPSUL I em 2006 e o CAPSUL II em 2011. A partir de uma pré-análise deste banco pôde-se construir uma matriz de indicadores preliminares que levava em conta as principais mudanças que ocorreram na vida dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de seus familiares a partir da inserção no serviço. Esta primeira etapa da coleta de dados ocorreu a partir entre fevereiro a julho de 2014. Na segunda etapa, os indicadores preliminares que emergiram do banco de dados referente aos usuários e familiares do CAPS foram apresentados aos grupos formados pelos *stakeholders*, para que passassem por um processo de discussão e de validação. Ao todo foram realizados dois encontros, um com nove usuários e o outro com nove familiares onde se utilizou a técnica dos grupos focais para discussão, negociação e validação desses indicadores. Esta segunda fase ocorreu entre 18 de agosto a 2 de setembro de 2014. Para a análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin.

Durante todo percurso desta pesquisa respeitaram-se os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem, pelo parecer nº 753.374.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do estudo o percurso metodológico utilizado permitiu a validação de 14 indicadores qualitativos de resultado, sendo eles: Maior autogestão da renda, aumento da realização das atividades do cotidiano, maior poder de voz e de negociação, empoderamento para enfrentamento do preconceito, diminuição do preconceito na comunidade, aumento da participação social, existência de associações para representação, ampliação da rede social, volta ao trabalho, melhora na comunicação, construção de vínculos de amizade, melhora na qualidade das relações interpessoais, não reinternações ou diminuição destas e produção de bem-estar.

Por uma questão de homogeneidade, os indicadores validados foram agrupados em quatro categorias: **autonomia, reinserção social, preconceito e satisfação.**

Em relação à categoria autonomia, Dimenstein e Liberato (2009) analisam que um dos principais eixos da Atenção Psicossocial tem vistas para a autonomia dos usuários que frequentam esta modalidade de serviço.

Em relação à reinserção social, Kantorski et al., (2013) reiteram que os CAPS vem representando um dos dispositivos mais significativos na Atenção Psicossocial e na reinserção social dos usuários. Este se utiliza de estratégias como acesso ao trabalho, a preservação e o fortalecimento das redes de apoio, as atividades de lazer e o exercício dos direitos civis para o alcance da reinserção.

Em relação à categoria preconceito, Oliveira et al., (2012) afirmam a existência, ainda, de crenças irrealistas sobre as pessoas com sofrimento psíquico e que é evidente a necessidade da sua diminuição. E, de acordo com

os relatos dos usuários e familiares, o serviço avaliado vem desenvolvendo atividades que auxiliam tanto no empoderamento dos usuários para o enfrentamento do preconceito quanto na diminuição deste na comunidade.

Em relação à última categoria analítica, a satisfação se apresenta como um dos principais meios de avaliação dos resultados proporcionados pelas práticas em saúde mental. A partir dos resultados foi identificado que, tanto os usuários quanto os familiares se sentiam satisfeitos com o serviço, a partir do momento em que houve uma menor necessidade de internação e na medida em que o dispositivo produzia sensação de bem estar para os usuários.

4. CONCLUSÕES

De forma geral, todos os indicadores validados se apresentam como importantes indicadores de resultados, pois demonstram que as práticas desenvolvidas no serviço vêm sendo fundamentadas nos preceitos da Atenção Psicossocial e repercutindo positivamente na vida dos usuários e seus familiares.

Este estudo também mostrou que a utilização de um percurso metodológico qualitativo e participativo contribuiu para a expressão dos usuários e dos familiares sobre aspectos que refletem diretamente sobre estes, apresentando-se como adequada para a confecção de indicadores qualitativos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.F. **Indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração.** 2014. p, 115. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2014.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saude Mental**, v.1, n.1, 2009.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPÉ, T. L. S. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (1):102-110, jan, 2013.

KANTORSKI, L. P. et al . Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, Dec. 2013.

MINAYO, M. C. S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de Saúde, São Paulo, 2008, p 15-19, In. ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R.; **Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**, São Paulo, ed. Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, S.; CAROLINO, L.; PAIVA, A. Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, (8), 30-37. 2012.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER DE
BEXIGA SUBMETIDO A CIRURGIA DE URETEROILEOSTOMIA**

NATHALIA ARAUJO FERNANDES¹; MARIANA DIAS DE ALMEIDA²;
LARISSA VAGHETTI CUBA³; LUIZA HENCES DOS SANTOS⁴;
DEBORA EDUARDA DUARTE DO AMARAL⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – nathalia97araujo@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – almeidamarianadias@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – lari.cuba22@live.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – h_luiza@live.com

⁵Universidade Federal de Pelotas, Orientadora – deboraamaralp@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O modelo curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas oferece ao estudante sua inserção no âmbito clínico desde seu ingresso no curso de graduação.

Tendo como base a sistematização de assistência em enfermagem (SAE), o estudo de caso em âmbito clínico possibilita melhor compreensão e planejamento das intervenções, assim, construindo conhecimento científico na área da enfermagem. A abordagem qualitativa possibilita a análise descritiva do caso estudado (MINAYO, 2013; VENTURA, 2007).

Para que a SAE seja desenvolvida durante o estudo, o Processo de Enfermagem (PE) foi utilizado em suas cinco fases de investigação: histórico de enfermagem, composto pela anamnese e exame físico, onde os dados sobre o paciente – antecedentes familiares, hábitos, costumes, fatores de risco – e sua patologia são coletados; diagnósticos de enfermagem, onde os dados coletados são interpretados possibilitando a construção de diagnósticos; prescrição de enfermagem, que deve conter informações sobre o cuidado a ser executado a seguir; implementação da intervenção, onde os cuidados são colocados em prática; e evolução de enfermagem, a qual deve conter as alterações contínuas que ocorreram durante todo o processo (HORTA, 1977).

Além disso, foi utilizada a teoria de Wanda Horta a respeito das Necessidades Humanas Básicas. Fundamentando-se na teoria de Abraham Maslow, Horta construiu sua teoria de que o ser humano possui necessidades relacionadas ao seu estado e saúde, e que não se manifestam quando o organismo está em equilíbrio. A manifestação dessas necessidades é entendida como uma falta de algo, que pode ter relação com aspectos psicobiológicos, como oxigenação, hidratação, eliminações, etc., psicossociais, entre eles a liberdade e comunicação, ou psicoespirituais, como religiosidade ou ética (HORTA, 1979).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, realizado por alunas do quarto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com paciente submetido a cirurgia de Bricker/Ureteroileostomia.

Os dados foram coletados no período entre 31 de agosto e 02 de setembro de 2016, utilizando-se de anamnese, exame físico em sentido céfalo-caudal e acesso ao prontuário do paciente.

A escolha do paciente se deu a partir do interesse por parte das acadêmicas em aprofundar os conhecimentos sobre sua patologia – o câncer de bexiga –, e sobre o procedimento cirúrgico realizado. Além disso, levou-se em consideração a receptividade do paciente e a empatia entre o mesmo e as acadêmicas.

O estudo respeitou os princípios éticos encontrados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), garantindo anonimato das informações coletadas e utilizando-as apenas para construção do conhecimento acadêmico.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Para melhor recuperação do paciente A.B.P após a ureteroileostomia, foi construído um plano de cuidados baseado na sistematização da assistência de enfermagem.

Os cuidados ao paciente foram prestados em seu pós-operatório e o mesmo se encontrava com dor na incisão cirúrgica (região abdominal), dificuldade de locomoção, risco de quedas, cáries e ausência de dentes.

Quadro 1: Plano de cuidados elaborado para a paciente do estudo:

Nece ssidade Humana Básica	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA, 2013)	Prescrição de Enfermagem (NIC, 2010)	Justificati va
Ativi dade/Repo uso	Mobilidade no leito prejudicada (00091) relacionado à dor evidenciado por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama.	Orientar o paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão ou lesão. (M/T/N) Auxiliar na demonstração de posições adequadas para dormir. (Se Necessário)	Aliviará a dor que o paciente estiver sentindo e possibilitará a troca de posição no leito.
Segu rança/Prot eção	Risco de infecção (00004) relacionado a procedimento invasivo.	Atentar para o surgimento de sinais flogísticos (dor, rubor, calor, edema, perda da função) (M/T/N) Manter técnica	Evitará infecção, nos locais de inserção de cateter sobre agulha, curativos

		asséptica, durante e incisão realização de cirúrgica. procedimentos. (M/T/N)	
Segu rança/Prot eção	Dentição prejudicada (00048) relacionado a dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais e higiene oral inadequada, evidenciado por ausência de dentes.	Estabelecer uma rotina de cuidados orais. (M/T/N) Orientar o paciente a procurar cuidados profissionais especializados.	Preservar a saúde bucal do paciente evitando possíveis danos a dentição.
Segu rança/Prot eção	Recuperação cirúrgica retardada (00100) relacionado a dor, mobilidade prejudicada, procedimento cirúrgico prolongado evidenciado por desconforto.	Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto. (M/T/N) Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos. (M/T/N) - Verificar o nível de desconforto do paciente, registrar as mudanças no prontuário e informar os demais profissionais de saúde que trabalham com ele. (M/T/N)	Identificar os níveis de desconforto antecipadamente para que este processo não se intensifique.

4. CONCLUSÃO

Evidencia-se a importância da implementação da SAE, visto que proporcionou o desenvolvimento de uma visão holística possibilitando assim a assistência humanizada, integral e eficaz ao paciente.

Com a construção do presente deste estudo foi possível um panorama do conhecimento construído com a prática realizada ao longo do semestre.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec editora, 2013. 407 p.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER DE
BEXIGA SUBMETIDO A CIRURGIA DE URETEROILEOSTOMIA**

NATHALIA ARAUJO FERNANDES¹; MARIANA DIAS DE ALMEIDA²;
LARISSA VAGHETTI CUBA³; LUIZA HENCES DOS SANTOS⁴;
DEBORA EDUARDA DUARTE DO AMARAL⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – *nathalia97araujo@gmail.com*

²Universidade Federal de Pelotas – *almeidamarianadias@gmail.com*

³Universidade Federal de Pelotas – *lari.cuba22@live.com*

⁴Universidade Federal de Pelotas – *h_luiza@live.com*

⁵Universidade Federal de Pelotas, Orientadora – *deboraamaralp@gmail.com*

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O modelo curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas oferece ao estudante sua inserção no âmbito clínico desde seu ingresso no curso de graduação.

Tendo como base a sistematização de assistência em enfermagem (SAE), o estudo de caso em âmbito clínico possibilita melhor compreensão e planejamento das intervenções, assim, construindo conhecimento científico na área da enfermagem. A abordagem qualitativa possibilita a análise descritiva do caso estudado (MINAYO, 2013; VENTURA, 2007).

Para que a SAE seja desenvolvida durante o estudo, o Processo de Enfermagem (PE) foi utilizado em suas cinco fases de investigação: histórico de enfermagem, composto pela anamnese e exame físico, onde os dados sobre o paciente – antecedentes familiares, hábitos, costumes, fatores de risco – e sua patologia são coletados; diagnósticos de enfermagem, onde os dados coletados são interpretados possibilitando a construção de diagnósticos; prescrição de enfermagem, que deve conter informações sobre o cuidado a ser executado a seguir; implementação da intervenção, onde os cuidados são colocados em prática; e evolução de enfermagem, a qual deve conter as alterações contínuas que ocorreram durante todo o processo (HORTA, 1977).

Além disso, foi utilizada a teoria de Wanda Horta a respeito das Necessidades Humanas Básicas. Fundamentando-se na teoria de Abraham

Maslow, Horta construiu sua teoria de que o ser humano possui necessidades relacionadas ao seu estado e saúde, e que não se manifestam quando o organismo está em equilíbrio. A manifestação dessas necessidades é entendida como uma falta de algo, que pode ter relação com aspectos psicobiológicos, como oxigenação, hidratação, eliminações, etc., psicossociais, entre eles a liberdade e comunicação, ou psicoespirituais, como religiosidade ou ética (HORTA, 1979).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, realizado por alunas do quarto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com paciente submetido a cirurgia de Bricker/Ureteroileostomia.

Os dados foram coletados no período entre 31 de agosto e 02 de setembro de 2016, utilizando-se de anamnese, exame físico em sentido céfalo-caudal e acesso ao prontuário do paciente.

A escolha do paciente se deu a partir do interesse por parte das acadêmicas em aprofundar os conhecimentos sobre sua patologia – o câncer de bexiga –, e sobre o procedimento cirúrgico realizado. Além disso, levou-se em consideração a receptividade do paciente e a empatia entre o mesmo e as acadêmicas.

O estudo respeitou os princípios éticos encontrados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), garantindo anonimato das informações coletadas e utilizando-as apenas para construção do conhecimento acadêmico.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Para melhor recuperação do paciente A.B.P após a ureteroileostomia, foi construído um plano de cuidados baseado na sistematização da assistência de enfermagem.

Os cuidados ao paciente foram prestados em seu pós-operatório e o mesmo se encontrava com dor na incisão cirúrgica (região abdominal), dificuldade de locomoção, risco de quedas, cáries e ausência de dentes.

Quadro 1: Plano de cuidados elaborado para a paciente do estudo:

Nece- ssidade Humana Básica	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA, 2013)	Prescrição de Enfermagem (NIC, 2010)	Justificati- va
Ativi- dade/Repo- uso	Mobilidade no leito prejudicada (00091) relacionado à dor evidenciado por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama.	Orientar o paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão ou lesão. (M/T/N) Auxiliar na demonstração de posições adequadas para dormir. (Se Necessário)	Aliviará a dor que o paciente estiver sentindo e possibilitará a troca de posição no leito.
Segu- rança/Prot- eção	Risco de infecção (00004) relacionado a procedimento invasivo.	Atentar para o surgimento de sinais flogísticos (dor, rubor, calor, edema, perda da função) (M/T/N) Manter técnica asséptica, durante realização de procedimentos. (M/T/N)	Evitará infecção, nos locais de inserção de cateter sobre agulha, curativos e incisão cirúrgica.
Segu- rança/Prot- eção	Dentição prejudicada (00048) relacionado a dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais e higiene oral	Estabelecer uma rotina de cuidados orais. (M/T/N) Orientar o paciente a procurar cuidados profissionais especializados.	Preservar a saúde bucal do paciente evitando possíveis danos a dentição.

	inadequada, evidenciado por ausência de dentes.		
Segu rança/Prot eção	Recuperação cirúrgica retardada (00100) relacionado a dor, mobilidade prejudicada, procedimento cirúrgico prolongado evidenciado por desconforto.	Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto. (M/T/N) Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos. (M/T/N) - Verificar o nível de desconforto do paciente, registrar as mudanças no prontuário e informar os demais profissionais de saúde que trabalham com ele. (M/T/N)	Identificar á os níveis de desconforto antecipadamente para que este processo não se intensifique.

4. CONCLUSÃO

Evidencia-se a importância da implementação da SAE, visto que proporcionou o desenvolvimento de uma visão holística possibilitando assim a assistência humanizada, integral e eficaz ao paciente.

Com a construção do presente deste estudo foi possível um panorama do conhecimento construído com a prática realizada ao longo do semestre.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec editora, 2013. 407 p.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

**INDICADORES DE QUALIDADE DA CONSULTA PUERPERAL:
AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ CICLO1**

SIDNEIA TESSMER CASARIN¹; LUIZ AUGUSTO FACHINNI²; ALITEIA
SANTIAGO DILELIO³; ELAINE THUME⁴; DEISI CARDOSO SOARES⁵;
NATALIA SEVILHA STOFEL⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – stcasarin@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas - luizfacchini@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas - aliteia@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas - elainethume@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – soaresdeisi@gmail.com

⁶Fundação Universidade Federal do Pampa - naty.stofel@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O período pós-parto, também chamado de puerpério ou sobreparto ou período pós-natal, corresponde a 50% das mortes maternas (WHO, 2010). É um período impreciso, que estende-se por cerca de seis semanas, e que envolve aspectos emocionais e físicos de recuperação do corpo materno ao estado pré-gravídico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010; GALÃO; HENTSCHEL, 2011).

O Ministério da Saúde orienta que a consulta de revisão puerperal ocorra até o 42º dia pós-parto. Nela é importante que o profissional de saúde, entre outras atividades: investigue sinais de depressão pós-parto, oriente amamentação, oriente planejamento familiar, investigue desmame precoce (atentando para o uso de chupetas e mamadeiras), estimule a amamentação, realize exame ginecológico (coletando o citopatológico de colo uterino, se for necessário) e o exame de mamas, atentando para problemas precoces e tardios da amamentação (BRASIL 2012).

Historicamente se observa avanços importantes na atenção à saúde de gestantes e puérperas no Brasil. Entretanto, os cuidados no puerpério ainda são problemas relevantes e cujos estudos abordam basicamente às questões de intercorrências clínicas, ao processo de aleitamento materno, às ações educativas no cuidado ao recém-nascido, à importância do alojamento conjunto e aos aspectos subjetivos da vivência da mulher nessa fase do ciclo vital, com pouca ênfase nas questões que envolvem a qualidade dos serviços de assistência à saúde das puérperas (ALMEIDA; SILVA, 2008) principalmente na atenção básica à saúde (ABS).

Este trabalho tem por objetivo descrever a prevalência de indicadores de qualidade da consulta de revisão puerperal em serviços de atenção básica e outros serviços de saúde no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) ciclo 1.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal de base em serviço realizado no primeiro ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) nos anos de 2012 e 2013.

A avaliação externa do PMAQ ciclo 1 foi constituída por três módulos: no primeiro, foi realizado um censo de todas as UBS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, localizadas nas áreas urbana e rural nos 5.565 municípios do Brasil e Distrito Federal. Nesse módulo, a partir da observação direta das variáveis, foi avaliada a estrutura de 38.812 unidades básicas de saúde. O segundo módulo avaliou o processo de trabalho de 17.202 equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ, localizadas em 3.965 municípios do país (71,3% do total). Nesse bloco, foi entrevistado um profissional de nível superior de cada equipe e realizada a verificação de documentos. No terceiro módulo foram entrevistados 65.391 usuários (homens e mulheres) que estavam na unidade de saúde no dia da avaliação externa e que tinham utilizado os serviços, pelo menos uma vez, no ano anterior à entrevista. Aproximadamente 1000 entrevistadores e supervisores capacitados estiveram envolvidos na coleta de dados, a qual ocorreu por meio da aplicação de questionários eletrônicos, disponibilizados em tablets. O envio dos dados foi automatizado ao servidor do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Nesse trabalho, os resultados apresentados utilizam apenas as informações obtidas no terceiro módulo.

As variáveis independentes envolvem o acesso precoce à revisão puerperal de mulheres que tiveram filho nos dois anos anteriores à entrevista e a qualidade do conteúdo da consulta realizada no período pós-parto. Referente ao conteúdo da consulta puerperal foram analisadas as variáveis relacionadas ao exame físico (exame ginecológico e mamas); a oferta de orientações (métodos contraceptivos e amamentação), a investigação clínica (tristeza/depressão puerperal, uso da chupeta e desmame precoce) e também ao acesso precoce (até 15 dias). Essas variáveis foram estudadas isoladamente tendo como desfecho o local onde realizou a revisão puerperal (na atenção básica à saúde ou em outro local). A análise dos dados foi realizada no Stata 14.0. Para as associações utilizou-se o teste do chi-quadrado, considerando como significância estatística o p-valor <0,05.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de mulheres entrevistadas e 8.777 (19,3%) tinham filhos com menos de dois anos de idade. Dessas, 8.667 (98,9%) fizeram pré-natal e 5.010 (57,7%) realizaram consulta de revisão puerperal. Das mulheres que realizaram revisão puerperal 3.786 (75,8%) o fizeram nos serviços de atenção básica e 24,2% em outro local, com predomínio do hospital onde ocorreu o parto (12,8%).

Em relação ao acesso precoce à consulta de revisão puerperal, 63,9% (n=2.937) fizeram em até 15 dias. Dessas 73,7% (n=2.173) acessaram a ABS e 26,3% (n=771), outros serviços de saúde.

Quanto ao conteúdo da consulta tiveram associação estatística significativa ($p < 0,05$) com o local onde foi realizada a revisão puerperal as seguintes variáveis: orientação para os métodos contraceptivos, investigação quanto ao uso de chupeta, investigação quanto ao desmame precoce, realização de exame de mamas, realização de exame ginecológico e acesso precoce a consulta. A ABS destacou-se positivamente na orientação dos métodos contraceptivos (83,2%), na investigação do uso da chupeta (66,8%) e do desmame precoce (72,9%). Quanto a realização dos exames físicos, na ABS,

apenas 43,4% (n=1.632) das mulheres referiram que realizaram exame ginecológico e 46,4% (n=1.747) o exame de mamas na consulta puerperal, dessas, a maior proporção do recebimento desses cuidados ocorreu em outro local que não a ABS (quadro 1).

Quadro 1: Prevalência de indicadores de qualidade de consulta de revisão puerperal de acordo com o local de realização. PMAQ-AB, 2012/2013

Variável	Revisão Puerperal		p-valor
	ABS n (%)	Outro local n (%)	
Acesso precoce a consulta	2.163 (62,1)	771 (60,7)	0,000
Orientado métodos contraceptivos	3.134 (83,2)	917 (76,6)	0,000
Orientado amamentação	3.488 (92,4)	1.116 (92,4)	0,968
Investigado Tristeza/Desânimo/Depressão	2.393 (64,0)	748 (63,0)	0,517
Questionado sobre o uso da chupeta	2.513 (66,8%)	762 (63,3)	0,023
Questionado sobre o uso da mamadeira	2.746 (72,9)	815 (67,9)	0,001
Realizado exame ginecológico	1.632 (43,4)	608 (50,5)	0,000
Realizado exame de mamas	1.747 (46,4)	603 (50,1)	0,026

4. CONCLUSÕES

O estudo evidencia que a atenção à mulher no puerpério ainda possui lacunas. Há altas prevalências nas orientações quanto a importância da amamentação e métodos contraceptivos, contudo, a qualidade do cuidado declina na investigação clínica e principalmente na realização dos exames físicos, independente do local onde é realizada a consulta. Refletindo assim a necessidade de investir em ações de educação permanente e capacitação profissional para o atendimento à mulher que vivencia o puerpério.

No PMAQ ciclo 1 as unidades de saúde, em sua maior parte, foram indicadas pelos gestores a participarem do programa por serem unidades de referência em seus municípios gerando uma amostra de conveniência. Mesmo assim, de forma geral, as prevalências dos desfechos foram baixas, principalmente em relação aos exames físicos necessários no atendimento à puerpéra, o que torna os resultados ainda mais preocupantes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, MS; SILVA IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v42, n2, p.347-54, 2008.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

GALÃO, AO; HENTSCHEL, H. Puerpério normal. In: FREITAS, F; MARTINS-COSTA, SH.; RAMOS, JGL; MAGALHÃES, JA. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: ARTMED, 6.ed, p. 411- 17, 2011.

MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J. O Puerpério. In: MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.11 ed, p.291-99, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care. 2010. Acessado em 21 mai. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70432>

**INDICADORES DE QUALIDADE DA PUERICULTURA EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

JULIANA BAPTISTA RODRIGUES¹; MARILU CORREA SOARES²; ELAINE THUMÉ³; LOURIELE WACHS⁴; SIDNEIA TESSMER CASARIN⁵; DEISI CARDOSO SOARES⁶

^{1,2,3,4,5,6} Universidade Federal de Pelotas

¹ rodrigues.b_juliana@yahoo.com.br

² enfmar@uol.com.br

³ elainethume@gmail.com

⁴ louriele@yahoo.com.br

⁵ stcasarin@gmail.com

⁶ soaresdeisi@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mortes de crianças com até um ano de idade passaram de 4% do total registrados em 2005 para 2,5% em 2015 e na faixa até cinco anos, esse percentual caiu de 4,8% para 3%. Uma das principais atribuições para o declínio na mortalidade infantil é a melhoria na qualidade do atendimento pré-natal e acompanhamento durante os primeiros anos de vida da criança. (BRASIL, 2017).

Em 2016 foi firmado um documento entre os chefes de Estado e de governo que estabeleceu 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, com várias metas, entre elas reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna (UNICEF, 2016). No Brasil o tema tem relevância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que reúne um conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o pleno desenvolvimento da criança (BRASIL, 2015).

Para Campos et al., (2011) a puericultura deve avaliar o crescimento e desenvolvimento físico, motor, social, afetivo e mental da criança. Compreende também na vigilância da vacinação, orientações sobre a prevenção de acidentes, incentivo ao aleitamento materno, higiene, além da identificação precoce de agravos. Soares, Casarin e Thumé (2017) apontam a necessidade da uniformização das coletas de dados nas consultas, através de fichas de acompanhamento, que devem constar gráficos de crescimento, de desenvolvimento. Isto possibilita a equipe realizar a avaliação e monitoramento das consultas realizadas na sua área de abrangência.

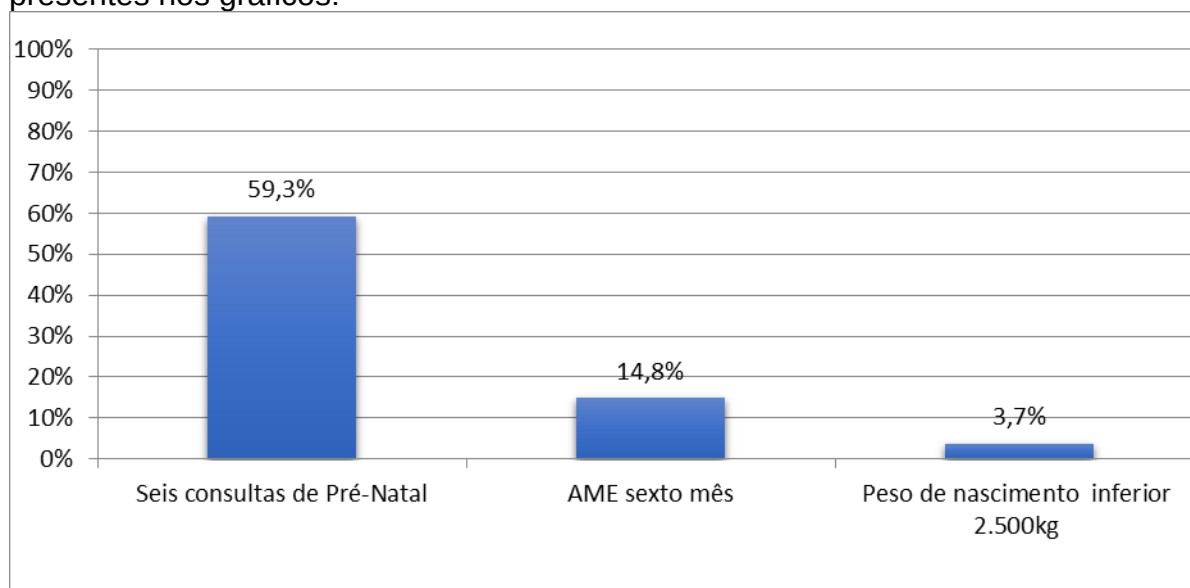
O objetivo desta pesquisa é oportunizar reflexões acerca da utilização da ficha de puericultura e contribuir com estratégias para adequações nas rotinas institucionais.

2. METODOLOGIA

A pesquisa de abordagem quantitativa e análise descritiva é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso³. A coleta dos dados ocorreu em novembro e dezembro de 2013 na Unidade de Saúde da Família (USF) Barro Duro em Pelotas-RS. Os dados são provenientes das fichas de puericultura e respectivos prontuários de crianças cadastradas no atendimento de puericultura da USF, foram digitados na planilha do Microsoft Excel disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPel. Como critérios de inclusão, fichas e prontuários de crianças que nasceram em 2012 e completaram um ano de idade até julho de 2013 e foram excluídas as fichas de crianças que interromperam o acompanhamento. Os preceitos éticos baseados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução nº 4661/12 foram respeitados. A pesquisa foi autorizada pelo Departamento de Saúde Pública de Pelotas e firmado o Termo de Responsabilidade pelo uso dos dados e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel sob parecer nº 466.815 e CAAE 22918713.8.00005317.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

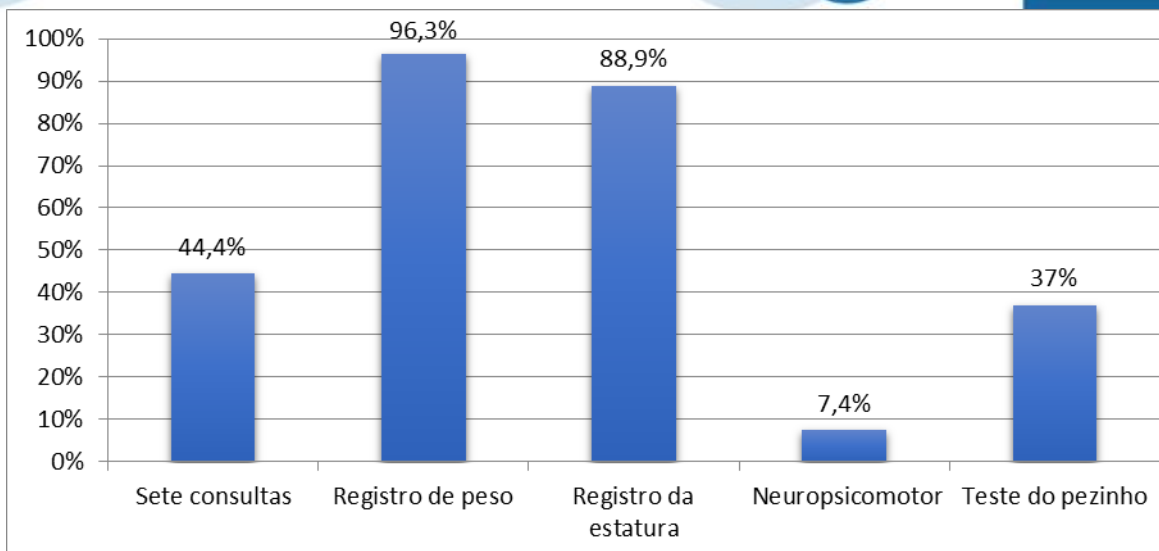
Foram identificadas 36 fichas de puericultura, porém 27 foram compatíveis aos critérios de inclusão. Os registros revelam os indicadores de qualidade do pré-natal e nascimento considerando as seguintes variáveis presentes nos gráficos:



A baixa proporção de consultas de pré-natal impede a avaliação plena do desenvolvimento do feto.

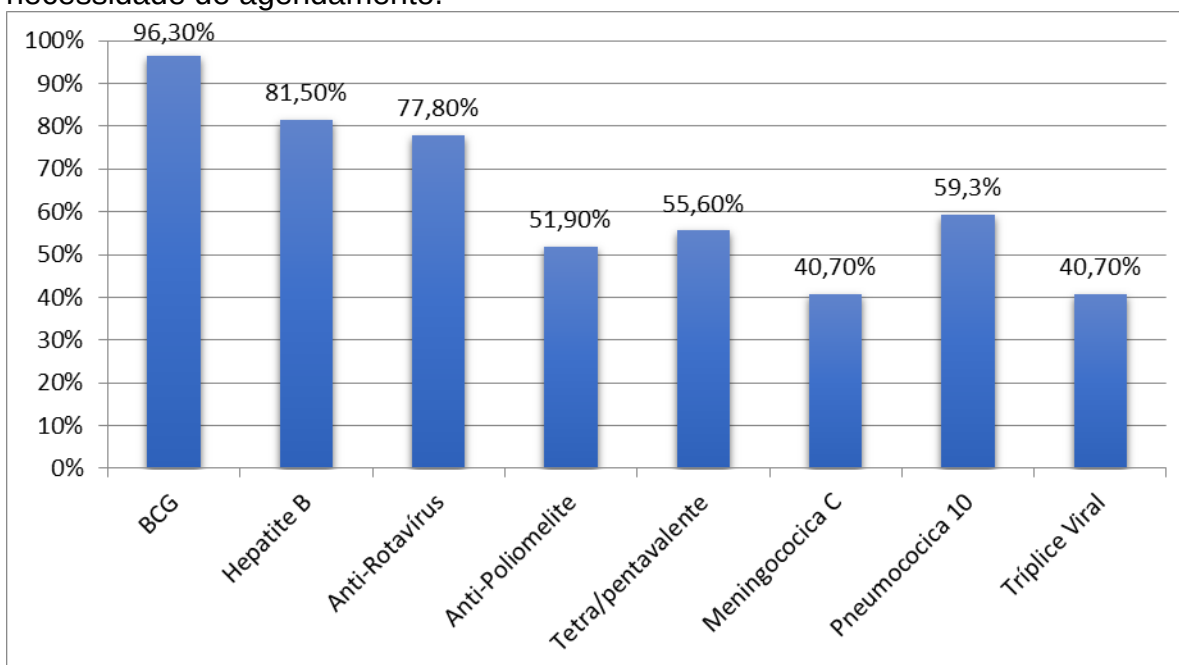
A baixa adesão à amamentação pode envolver aspectos emocionais ou pouca efetividade da equipe de saúde no incentivo. Apenas uma criança apresentava risco nutricional, não havia registros de acompanhamento ou busca ativa.

³ RODRIGUES, Juliana Baptista. Avaliação da Puericultura de uma Unidade de Saúde da Família. Trabalho acadêmico (graduação em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.



As consultas ocorriam em dia específico o que podia dificultar acesso ao atendimento. Praticamente a totalidade apresentava registro do peso em gráfico específico, porém o gráfico da estatura não era utilizado, impossibilitando a detecção de desvios de crescimento e vigilância nutricional. Foi observado que três crianças apresentaram baixo peso e cinco crianças sobrepeso no primeiro ano de vida.

A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor não seguia uma sequência regular, o que assim impossibilitou identificar atrasos no desenvolvimento. A baixa cobertura do teste do pezinho entre o terceiro e o sétimo dia de vida é questionável, pois o serviço era ofertado diariamente, sem necessidade de agendamento.



Apenas cinco crianças estavam com o esquema vacinal completo, de acordo com o calendário vacinal vigente em 2013.

4. CONCLUSÕES

Com o estudo foi possível ter um panorama do atendimento as crianças na USF Barro Duro. Também reafirma a necessidade de mais discussões acerca dos registros dos profissionais, com o intuito de enfatizar e valorizar essa prática cotidianamente e despertar a consciência para a importância da avaliação de puericultura, além dos registros serem o respaldo legal do pleno exercício das ações dos profissionais. Após a conclusão deste estudo, os resultados foram transmitidos as equipes. Os profissionais verbalizaram pouco tempo para concluir a consulta priorizando a imunização. A seguir foi realizada sensibilização e espaço para discussão sobre os resultados deste estudo. Foi sugerida pelas equipes, a disponibilização de mais um dia para puericultura com participação do pediatra e indicação de um responsável para que o monitoramento seja realizado rotineiramente.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Acesso em: 25 ago. 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

BRASIL. Portal Brasil. Mortalidade infantil continua em queda no Brasil. Acesso em: 25 ago. 2017. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/mortalidade-infantil-continua-em-queda-no-brasil>>

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm [da] Universidade de São Paulo, v.45, n. 3, p. 566-574, 2011.

SOARES, D. C ; CASARIN, S. T ; THUMÉ, E. Saúde da Criança. In: Sandra Rejane Soares Ferreira; Lisiane Andréia Devinar Périco; Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias. (Org.). Atuação do Enfermeiro a Atenção Primária à Saúde. 1ed.Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, v. , p. 297-319.

UNICEF. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/overview_33687.htm> Acesso em: 16 nov. 2016.

**SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E SOBRECARGA DE TRABALHO
DOS ENFERMEIROS ATUANTES EM CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAIS**

Jacqueline Flores de Oliveira¹, Alessandro Marques dos Santos², Luciene Smiths Primo³, Mara Regina Santos da Silva⁴, Fernanda Pedrotti Moreira⁵, Carolina David Wiener⁶

¹ Programa de pós-graduação em saúde e comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas RS Brasil - jacqueoliveira.enf@hotmail.com

² Centro de Ciências da Vida e da Saúde, Curso de graduação em enfermagem, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas RS Brasil - sandromarquessan@yahoo.com.br

³ Centro de Ciências da Vida e da Saúde, Curso de graduação em enfermagem, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas RS Brasil - smithsprimo@yahoo.com.br

⁴ Programa de pós-graduação em enfermagem, Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande RS Brasil - marare@brturbo.com.br

⁵ Programa de pós-graduação em saúde e comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas RS Brasil - fepedrotti@gmail.com

⁶ Programa de pós-graduação em epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas RS Brasil - carolinawienner@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O trabalho de enfermagem em saúde mental tem passado por importantes transformações nos últimos anos, com isso, novas práticas estão sendo adotadas pelos profissionais com o objetivo de proporcionar uma assistência integral aos usuários de serviços de saúde mental (MOREIRA *et al*, 2009). Assim, os profissionais têm sentido a necessidade de refletir sobre suas ações e processo de trabalho, já que este é constituído por conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói (DE SOUZA *et al*, 2015).

Neste contexto, um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental é o nível de satisfação dos profissionais que neles atuam, sendo o mesmo uma avaliação sobre diversos aspectos relacionados ao serviço (DE MELO *et al*, 2011).

A Satisfação no trabalho é um fenômeno complexo, podendo ser influenciado por diversos aspectos relacionados ao trabalho. Dessa forma, estar insatisfeito com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias ocasionam, muitas das vezes, a exaustão física e mental, influenciando na produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos usuários (ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2008).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação profissional e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros que desenvolvem suas práticas laborais em serviços de saúde mental, além disso, realizou-se uma

comparação em relação aos demais profissionais de saúde atuantes no serviço.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com amostragem por critério de conveniência, com abordagem quantitativa descritiva, envolvendo todos os médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de enfermagem dos oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município localizado no extremo sul do Brasil. Como critérios de inclusão foram selecionados os profissionais que atuavam nos serviços no tempo mínimo de seis meses e que não estavam afastados do serviço por férias ou licença. A coleta de dados foi realizada entre agosto e novembro de 2016, onde foram convidados a participar do estudo 66 profissionais, onde cinco por razões pessoais se recusaram a participar, ficando a amostra composta por 61 profissionais.

As variáveis demográficas da amostra foram coletadas através da aplicação de questionários devidamente estruturados para esta finalidade, que incluía sexo, cor da pele, idade e tempo de trabalho. Para registro do nível econômico, empregou-se a escala de avaliação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família.

Para avaliação da satisfação profissional e sobrecarga de trabalho, utilizou-se a escala de avaliação da sobrecarga dos profissionais em serviços de saúde mental (Impacto-BR) e a escala de avaliação da satisfação dos profissionais em serviços de saúde mental (Satis-BR).

Após foi realizada a dupla digitação dos dados no programa Epi Info versão 6.04d e a análise estatística através do programa SPSS 21.0. Foram considerados estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$.

Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas o qual está vinculado, sob o protocolo de Nº 1.652.705.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando comparado o nível de sobrecarga global dos enfermeiros ($2,92 \pm 0,42$) em relação aos demais profissionais ($3,07 \pm 0,49$), não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,28$). Indicando um nível intermediário de sobrecarga e satisfação profissional, tanto em enfermeiros quanto nos demais profissionais. Em relação as subescalas, houve uma tendência ao aumento nos níveis de sobrecarga emocional dos enfermeiros ($2,49 \pm 0,57$) em relação aos demais profissionais atuantes no serviço ($2,15 \pm 0,68$; $p=0,07$). (Tabela 2).

Os sentimentos despertados frequentemente no exercício de atividades geradoras de estresse e desgaste emocional, podem haver associações individuais relacionadas à demanda que chega à unidade, podendo estas,

influenciar em uma maior sobrecarga de trabalho. Assim, a sobrecarga de trabalho encontrada em nosso estudo, pode acarretar no adoecimento não só físico mas também psíquico dos profissionais.

Quando comparado os escores de avaliação na escala de satisfação profissional, houve uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis de satisfação dos enfermeiros ($3,36 \pm 0,77$) em relação aos demais profissionais atuantes no serviço ($3,78 \pm 0,56$) no escore de qualidade dos serviços oferecido ($p=0,04$). (Tabela 2). Esse resultado sugere que os enfermeiros se sentem mais insatisfeitos em relação ao tratamento e aos cuidados oferecidos ao usuário, provavelmente pelo fato de acreditarem que o serviço precisa ser melhorado. No entanto, para que se melhore a qualidade e se promova uma atenção contínua e integral nos serviços de saúde mental, diferentes obstáculos precisam ser enfrentados, com foco nas necessidades da população.

Quando analisado o tempo de trabalho em relação à satisfação e sobrecarga de trabalho dos profissionais, os profissionais que tinham maior tempo de trabalho apresentaram uma maior satisfação profissional ($3,68 \pm 0,46$) assim como uma maior sobrecarga de trabalho ($3,20 \pm 0,38$), quando relacionado aos profissionais que possuíam menor tempo de trabalho ($p=0,02$), independente da profissão. Este resultado pode estar associado com uma maior desmotivação do profissional no trabalho com o decorrer do tempo. Neste sentido, a insatisfação com o trabalho pode desencadear a diminuição da realização pessoal com as atividades profissionais, que se manifestam através de sentimentos de desmotivação e redução da autoestima.

4. CONCLUSÃO

Nossos resultados sugerem a necessidade de se estabelecer uma articulação entre os profissionais atuantes nos serviços e a gestão, a fim de implementar estratégias que visem a resolutividade de problemáticas vivenciadas atualmente em serviços de saúde mental, proporcionando maior participação dos profissionais em questões referentes ao serviço e maiores investimentos em questões emergenciais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de classificação econômica.** 2015. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=886>>. Acesso em: 5 maio, 2016.

DE SOUZA, Silvia Regina Carvalho *et al.* Cargas de trabalho de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica e a saúde do trabalhador. **Revista Enfermagem UERJ**, v.23, n.5, pp.633-638, 2015.

DE MELO, Márcia Borges; BARBOSA, Maria Alves; DE SOUZA, Paula Regina. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.4, pp.1047-1055, 2011.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M.; ZUARDI, A. W. Equipes de serviços psiquiátricos públicos: avaliação da satisfação. **Rev Bras Psiquiatria**, v.30, n.1, pp.38-41, 2008.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.3, pp.317-324, 2005.

MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira *et al.* A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão social**, v.3, n.1, 2009.

PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Catharine Silva de Souza¹; Bruna Ruoso da Silva Neutzling²; Jamila Geri
Tomaschewski-Barlem³; Edison Luiz Devos Barlem⁴; Simoní Saraiva
Bordignon⁵; Aline Marcelino Ramos⁶.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande – e-mail: catharinesouzaenf@hotmail.com.

² Bolsista de Apoio Técnico do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES), Universidade Federal do Rio Grande, (FURG) – e-mail: bruna.sho@hotmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, (FURG) – e-mail: jamila_tomaschewski@hotmail.com.

⁴ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, (FURG) – e-mail: ebarlem@gmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, (FURG) – e-mail: simonibordignon@gmail.com.

⁶ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – e-mail: alineramosenf@gmail.com.

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A abordagem da segurança do paciente no ambiente hospitalar associada à busca das instituições de saúde pela melhoria na qualidade da assistência vem adquirindo força nos últimos anos. Logo, a segurança do paciente tem sido considerada um objetivo global e importantes iniciativas vêm sendo desenvolvidas visando adequar às necessidades de segurança dos pacientes nas instituições de saúde (REIS, MARTINS, LANGUARDIA, 2013; WACHTER, 2013).

No âmbito nacional, uma das iniciativas relacionadas à promoção da segurança do paciente refere-se à Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Tal programa possui como um de seus objetivos qualificar o cuidado em saúde, apoiando a implementação de práticas seguras, fundamentadas em protocolos

básicos, assim como promovendo a cultura de segurança nas instituições de saúde (BRASIL, 2013a).

A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os incidentes, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que comentem algum erro não intencional (BRASIL, 2013b; ANVISA, 2013), de forma a tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não erram (BRASIL, 2013a; SAMMER et al, 2010).

Entre os diferentes ambientes onde a assistência à saúde é prestada, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) merece destaque no que se refere às questões relacionadas à segurança do paciente, visto que em virtude de suas próprias características é considerada um cenário assistencial de alto risco, devido principalmente a complexidade clínica dos pacientes atendidos e dos procedimentos terapêuticos adotados. (DUARTE et al, 2015; MELLO, BARBOSA, 2013).

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da cultura de segurança do paciente, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Qual a cultura de segurança presente em unidades de terapia intensiva? Teve-se como **objetivo**: conhecer a cultura de segurança presente em unidades de terapia intensiva.

2. METODOLOGIA

Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, realizado com cinco médicos, cinco enfermeiros e vinte e quatro técnicos de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro e outubro de 2016, por meio entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente no local de trabalho.

O processo de análise dos dados, obtidos por meio das transcrições das entrevistas, foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos. Foram seguidas três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações;

e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A unitarização consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado, as quais foram reescritas de modo que assumissem um significado mais completo possível. Após a realização da unitarização, realizou-se a articulação de significados semelhantes, o que constitui o processo de estabelecimento de relações ou categorização. A última etapa da análise, captação do novo emergente, englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, o que permitiu a produção de novos entendimentos sobre a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 126/2016)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados emergiram duas categorias: percepção sobre o erro e gestão do erro.

PERCEPÇÃO SOBRE O ERRO

Evidenciou-se a percepção dos diferentes profissionais de saúde sobre a questão do erro humano no processo de trabalho em saúde. Assim, verificou-se que os profissionais de saúde, de maneira geral, reconhecem a possibilidade do erro na assistência à saúde, atribuindo sua ocorrência tanto a falhas individuais quanto a falhas do sistema.

Os profissionais de saúde entrevistados relataram que o erro é humano e que para minimizar os riscos a que os pacientes estão expostos são necessárias medidas institucionais que vão desde a capacitação profissional até a implementação de normas técnicas, o que demonstra um aspecto positivo em relação à cultura de segurança nas unidades de terapia intensiva pesquisadas. Contudo, verificou-se que alguns profissionais de saúde ainda apresentam certa dificuldade em aceitar ou reconhecer a existência de erros em seu local de trabalho, aparentemente, negando sua ocorrência, o que pode comprometer a cultura de segurança.

GESTÃO DO ERRO

Nesta categoria, são apontados os aspectos relativos à gestão do erro nas unidades de terapia intensiva pesquisadas, contemplando a ação dos profissionais diante da ocorrência de um erro ou evento adverso. Evidenciou-se

que os profissionais de saúde participantes, de forma geral, buscam a transparência nas ações e condutas realizadas diante da ocorrência dos erros, por meio da comunicação, assim como defendem a cultura justa em detrimento da cultura punitiva.

Verificou-se que os profissionais de saúde pesquisados afirmaram identificar, comunicar e buscar a resolução dos problemas relacionados à segurança nas unidades de terapia intensiva, evidenciando aspectos positivos da cultura de segurança em tais unidades. Assim, foi possível perceber que os profissionais de saúde buscam agir com transparência diante da ocorrência do erro, comunicando-o a chefia da unidade, aos demais colegas e aos pacientes e familiares, visando sempre o aprendizado coletivo

4. CONCLUSÕES

Evidenciou-se através do estudo a percepção e a gestão sobre o erro humano no processo de trabalho na perspectiva dos diferentes profissionais de saúde. Assim, verificou-se que os profissionais reconhecem a existência do erro na assistência à saúde e atribuem a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional. Além disso, como forma de gestão do erro, estimulam uma cultura não punitiva, que tenha como base uma comunicação transparente e voltada para o aprendizado coletivo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANVISA. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasil, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013** (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 6 abr 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: 2013b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 6 abr 2016.
4. CLARO, C. M. et al. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.1, p. 167-72, 2011.

5. DUARTE, S. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-81. 2015.
6. GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 71-7, 2012.
7. MELLO, J. F., BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.1124-33, 2013.
8. MINUZZ, A. P.; SALUM, N. P.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.
9. MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013.
10. REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde - um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.
11. SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.
12. WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE EM INSTITUIÇÕES PENAIS**

PATRÍCIA ANA MULLER¹; MANUELA FILTER ALLGAYER²; KARINE
ZENNATI ELY²; SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG²; LIA GONÇALVES
POSSUELO²

¹Enfermeira Residente em Saúde Comunitária ULBRA – patriciaanamuller@gmail.com

²Universidade de Santa Cruz do Sul, Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde -
manuelaallgayer@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* a tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que pode se manifestar de forma pulmonar ou extrapulmonar. Algumas condições propiciam seu desenvolvimento, como o comprometimento causado pelo sistema imune pela coinfeção com o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e fatores sociais como: condições de moradia insalubres, desnutrição e a baixa renda, levando certas populações a serem mais susceptíveis a doença (BIADGLEGNE; RODLOFF; SACK, 2014).

Dentre as populações vulneráveis podem ser destacadas as populações indígenas, populações em situação de rua, profissionais da saúde e as populações privadas de liberdade (PPL). A TB continua sendo uma persistente doença nos sistemas prisionais, devido a vários fatores, entre eles: diagnóstico tardio, alta prevalência de bactérias resistentes a antimicrobianos, tratamento inadequado, uso de drogas ilícitas, superlotação dos sistemas carcerários, condições precárias de infraestrutura das prisões, alta rotatividade de presos e baixo poder socioeconômico (DARA et al., 2014; RUEDA et al., 2015; TELISINGHE et al., 2014).

Reconhecendo este cenário da TB nessas instituições, o enfermeiro pode atuar na condução das ações em saúde pública, o que adquire significativa importância na execução das atividades de controle da doença, com isso, o objetivo deste trabalho foi Identificar ações assistenciais relacionada à TB realizadas por enfermeiros de unidades prisionais superlotadas do Rio Grande do Sul (RS).

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. O RS apresenta atualmente 18 unidades de saúde prisional distribuídas em 15 municípios. Cinco (38,4%) unidades possuem mais de uma equipe de saúde. Foram excluídas do estudo unidades que comportavam apenas população carcerária feminina, unidades de difícil acesso e aquelas em que não se encontrou o profissional contatado no momento da visita. Assim, integraram o estudo 13 (72,2%) unidades de saúde prisional, sendo 4 (30,8%) oriundas do município de Charqueadas. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2015. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, um questionário que abordou dados gerais da penitenciária e unidade de saúde da mesma, recursos humanos e atendimento à saúde, e outro do tipo *Check-list*

estruturado com base no elaborado pelo Grupo de Estudos Operacionais em TB da Universidade de São Paulo (USP), que teve como referência o *Primary Care -Assessment Tool (PCAT)* proposto e validado em português para a Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de identificar instrumentos de vigilância epidemiológica, estrutura física, materiais. O LSR e o Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos Casos de TB também foram instrumentos investigados e questionados pelo entrevistador. Foram entrevistados enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os dados foram tabulados em banco de dados eletrônico no programa Microsoft® Excel 2010 (Sistema Operacional Windows 2010, Microsoft Corporation Inc.). As análises descritivas e univariadas foram realizadas no software estatístico SPSS (v. 20.0). Os valores foram expressos como média e desvio padrão ou números absolutos e percentuais. O presente trabalho foi aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC) - Parecer nº 1.311.544. No presente trabalho foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a preservação da identidade dos participantes foi garantida em todos os momentos do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 10 (76,9%) enfermeiros e 3 (23,1%) técnicos de enfermagem componentes das equipes de saúde. Todas as unidades penitenciárias estudadas foram prisões masculinas de regime fechado ou semiaberto, na sua maioria 10 (76,9%) superlotadas e com composição sociodemográfica predominante de jovens, com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico. Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), o sistema carcerário brasileiro é constituído por uma população de 607.731 pessoas, sendo o número de presos consideravelmente superior ao número de vagas que constitui-se em 377 mil, em que, a taxa de ocupação média dos estabelecimentos penais é de 161%. A população prisional no Brasil é composta majoritariamente por jovens negros, de baixa escolaridade e de baixa renda (INFOPEN, 2014).

Das 7 (53,8%) unidades que realizam a busca de sintomático respiratório (BSR) na admissão, 6 (46,2%) realizavam em até sete dias após a admissão e 1 (7,7%) não possuía padronização de tempo para realização do rastreamento. Nas unidades visitadas foi identificado que a demanda espontânea ainda é a forma de detecção mais presente no ambiente prisional, e ocorre quando os carcerários procuram voluntariamente atendimento médico com sintomatologia acentuada, aumentando o risco de morbimortalidade. A deficiência na comunicação entre a equipe de segurança e de saúde, a alta rotatividade de detentos e o grande número de admissões são fatores evidenciados pelos profissionais como dificultadores no rastreamento da doença. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) recomenda a detecção de novos casos de TB através da demanda espontânea, da busca ativa dos ingressos, busca ativa sistemática anualmente, supervisão do tratamento e informação/conscientização das PPL e equipes de segurança prisional (BRASIL, 2010).

Quanto ao tratamento diretamente observado (TDO), em 7 (53,8%) unidades era realizado com todos os doentes, em 2 (15,4%) somente quando não havia adesão ao tratamento, sendo que apenas 4 (30,8%) referiram utilizar

a ficha de acompanhamento da tomada diária de medicação. O TDO na maioria das unidades era executado pelo profissional enfermeiro. O TDO é uma ação não desenvolvida em sua plenitude pelas unidades de saúde prisionais estudadas, apesar da PPL ser pertencente ao grupo com riscos de descontinuidade do tratamento. O TDO tem como objetivo contribuir para maior adesão ao tratamento, o que consiste na observação da ingestão de medicamentos para TB, de preferência todos os dias por profissionais da saúde. Ele possibilita uma maior probabilidade de cura e risco menor de resistência bacteriana, estabelecendo vínculos entre o paciente e o profissional (BRASIL, 2011a). Na Colômbia em um estudo realizado por Couto et al. (2014) a implementação do TDO contribuiu significativamente para a cura da TB quando comparado ao período em que o mesmo não era efetuado nas unidades pesquisadas. Ao analisar os fatores determinantes, identificados neste estudo, que levam ao abandono do tratamento da TB, evidenciou-se que a maioria deles está relacionada à maneira como os serviços de saúde se organizam para desenvolver estratégias de controle da doença.

Evidenciou-se neste estudo que o isolamento é um fator de discussão entre os profissionais da saúde, visto que 10 (76,9%) referiram não isolar os acometidos pela TB. Segundo o MS não há necessidade de isolamento para aqueles doentes já inseridos no sistema prisional, visto que, os presidiários que entraram em contato já foram largamente expostos ao risco de infecção e que a contagiosidade tende a diminuir rapidamente após início do tratamento, não trazendo benefícios para a PPL (BRASIL, 2011a). Em Bangladesh evidenciou-se que a BSR, isolamento imediato e tratamento de pessoas com TB pulmonar resultou na diminuição da transmissão dentro das prisões (BANU et al., 2015). O controle de contatos trata-se de uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa e deve ser instituída pelos programas de controle da TB (BRASIL, 2011b), porém foi evidenciado neste estudo que apenas 4 (30,8%) das unidades prisionais participantes realizavam o acompanhamento e orientação aos contatos.

Referente ao livros de registros de Sintomático Respiratório e de Acompanhamento de Tratamento dos Casos TB os mesmos servem para fornecer informações necessárias para o acompanhamento epidemiológico da doença entre a população. Dados de investigação, diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB são registrados em diversos instrumentos de coleta que são utilizados para avaliação das ações de controle em nível local, conforme recomendações do PNCT (BRASIL, 2011a), porém 7 (53,8%) dos enfermeiros entrevistados referiram utilizá-las, o que pode impactar nas notificações, medidas e ações direcionadas ao combate da doença.

4. CONCLUSÕES

Os sistemas prisionais representam um epicentro para transmissão da TB entre contatos e comunidades vizinhas exteriores. As estratégias adotadas para o controle da TB nestes ambientes continuam sendo essencialmente biomédicas (identificação e tratamento dos casos) e educativas, tendo eficácia limitada se não associadas a medidas de melhoria das condições ambientais, como por exemplo, a superlotação presente.

Quanto às ações assistenciais e de vigilância encontradas neste estudo podemos concluir que a BSR pelas equipes constitui-se em uma ação que envolve dificuldades, e que requer planejamento, estratégias e apoio da equipe

de segurança prisional. A inutilização de livros de registros e deficiências no preenchimento do mesmo repercute na assistência e consequentemente no prognóstico do apenado doente. É possível questionar também que a ausência e um número reduzido de casos de TB de algumas das unidades visitadas podem estar relacionadas a falhas nos registros de informações. Vale ressaltar que o registro é de extrema importância, pois fundamentam indicadores e favorecem a elaboração de planos de ação. Cabe aos enfermeiros contribuir para o desenvolvimento de ações de vigilância, aprimorando condutas referentes aos registros realizados atualmente nas unidades, potencializando a notificação de SR e casos diagnosticados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANU, S.; RAHMAN, M. T.; UDDIN, M. K. M.; KHATUN, R.; KHAN, S. R.; Rahman, M.; UDDIN, S. I.; AHMED, T.; HEFFELFINGER, J. D. Effect of Active Case Finding on Prevalence and Transmission of Pulmonary Tuberculosis in Dhaka Central Jail, Bangladesh. **PLoS One**, v. 9, n. 9, p. 01-11, 2015.

BIADGLEGNE, F.; RODLOFF, A. C.; SACK, U. A First Insight into High Prevalence of Undiagnosed Smear-Negative Pulmonary Tuberculosis in Northern Ethiopian Prisons: Implications for Greater Investment and Quality Control. **PLoS One**, v. 9, n. 9, p. 01-06, 2014.

BRASIL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN. Ministério da Justiça, Brasília, 2014. Acessado em 15 ago. 2017. Online.

Disponível

em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjthtPFs_vVAhWJRSYKH9jAk4QFggwMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.justica.gov.br%2Fnoticias%2Fmj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira%2Frelatorio-depen-versaweb.pdf&usg=AFQjCNEV1liwh89EBzOi0-LQk3G9j6yemw

BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2011a. Acessado em 18 ago. 2017. Online.

Disponível

em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHq5D7l_rVAhUD5yYKHRw4BvUQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fmanual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf&usg=AFQjCNGys4fEGato6rCLL3XGLvuerejU3w

BRASIL. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde, Brasília, 2010. Acessado em 15 ago. 2017. Online. Disponível em:

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwihjZmiquvVAhVHJCyKH1wBCsQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2FProgramaTB.pdf&usg=AFQjCNEOZtRq5Y68c-X1CyCqP1oZmf3GLA>

BRASIL. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Ministério da Saúde, Brasília, 2011b.

Acessado em 15 ago. 2017. Online. Disponível em:

https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiQvs7DrfvVAhXDbiYKHZeyCXcQFggrMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Ftratamento_dir etamente_observado_tuberculose.pdf&usg=AFQjCNFI9rMq8tcJeT8yxviAls73PDxROQ

COUTO, D. S.; CARVALHO, R. N.; AZEVEDO, E. B.; MORAES, M. N.; PINHEIRO, P. G. O. D.; FAUSTINO, E. B. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuário de um hospital público. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

DARA, M.; ACOSTA, C. D.; MELCHERS, N. V. S. V.; AL-DARRAJI, H. A. A.; CHORGOLIANI, D.; REYES, H.; CENTIS, R.; SOTGIU, G.; D'AMBROSIO, L.; CHADHA, S.S.; MIGLIORI, G. B. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *The Journal Infectious Diseases*, v. 32, n. 1, p. 111-117, **2014**.

RUEDA, Z. V.; LÓPEZ, L.; MARIN, D.; VÉLEZ, L. A.; ARBELÁEZ, M. P. Sputum induction is a safe procedure to use in prisoners and MGIT is the best culture method to diagnose tuberculosis in prisons: a cohort study. *The Journal Infectious Diseases*, v. 33, n. 1, p. 82-88, 2015.

TELISINGHE, L.; FIELDING, K.; MALDEN, J. L.; HANIFA, Y.; CHURCHYARD, G. J.; GRANT, A. D.; CHARALAMBOUS, S. High Tuberculosis Prevalence in a South African Prison: The Need for Routine Tuberculosis Screening. *PLoS One*, v. 30, n. 2, p. 01-09, 2014.

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA
RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS AO TRATAMENTO POR HEMODIALISE
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO PAÍS**

Larissa Ribas Ribeiro^a; Jacqueline Flores de Oliveira^b; Maria Cristina Gonzalez^c; Maristela Bohlke^d.

¹Nome da Instituição do Autor 1 – e-mail do autor 1

²Nome da Instituição do(s) Co-Autor(es) – e-mail do autor 2 (se houver)

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

^aBacharela em Enfermagem, Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. E-mail: la_ribasribeiro@hotmail.com

^bBacharela em Enfermagem, Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. E-mail: jacqueoliveira.enf@hotmail.com

^cDoutora em Epidemiologia, Professora no Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. E-mail: cristinagbs@hotmail.com

^dDoutora em Nefrologia, Professora no Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. E-mail: mbohlke.sul@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil devido ao crescente número de pacientes diagnosticados e aos elevados custos com o tratamento por terapia renal substitutiva (TRS). O país enfrenta dificuldades com a efetivação do diagnóstico na rede básica de saúde, o que implica no atraso do diagnóstico, fazendo com que a doença evolua progressivamente para seus estágios mais avançados, onde o paciente necessita de TRS para a sobrevivência. Contudo ao receber o diagnóstico da doença e ao se deparar com as formas de tratamento, o paciente passa por um “choque de realidade” que na maioria das vezes promove desconforto ao mesmo e faz com que ele se sinta incapaz. A avaliação da qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas tem sido alvo de grande atenção, pois a percepção de melhora ou piora dos doentes crônicos pode auxiliar no tratamento. Assim, se faz necessário identificar o quanto a condição crônica interfere na realização das atividades de vida diárias e na percepção de bem-estar individual, como é o caso dos pacientes em

tratamento por hemodiálise (Kusumoto et al. 2008). Neste contexto a presente pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de qualidade de vida de pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte, incluindo 79 indivíduos submetidos a hemodiálise em um Serviço de Nefrologia e Transplante Renal de Hospital Universitário brasileiro, conduzido no período de janeiro a março de 2017. Os dados sobre as características sociodemográficas da amostra foram coletadas a partir de questionários semi-estruturados, onde foram coletados dados como idade, sexo, etnia e estado civil. A avaliação da qualidade de vida foi realizada através do instrumento *Kidney Disease Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF). O *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SF) é um instrumento específico que contém 80 itens, divididos em 19 escalas, que avalia a qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica que realizam algum tipo de programa dialítico (Duarte et al. 2005). Como critérios de inclusão foram considerados: possuir 18 anos ou mais; estar em tratamento dialítico há mais de três meses em tratamento e ter capacidade cognitiva para responder ao questionário. Os dados foram analisados a partir do pacote estatístico STATA 13.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) sob número de protocolo 1.652.941.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização da população em estudo, pôde-se observar que a média de idade entre os participantes do estudo foi de $55 \pm 16,7$, dentre os quais 55% eram do sexo masculino, 58,8% eram caucasianos, e 45,6% moravam com companheiro (a). Os valores médios das dimensões do KDQOL-SF com menores escores foram: função física (45.5 ± 38.76); sobrecarga da doença renal (50.07 ± 30.21) e saúde geral (52.8 ± 24.98). Os valores médios dos maiores escores foram: Função sexual (91.31 ± 16.85), Satisfação com tratamento oferecido na diálise (85.6 ± 25.24) e qualidade de

interação social (82.36 ± 20.81). Os valores médios dos escores do domínio físico foi de 39.70 ± 9.73 e mental de 49.57 ± 12.91 .

4. CONCLUSÕES

O conjunto de sintomas e diversos fatores relacionados ao tratamento hemodialítico podem gerar um impacto negativo na saúde dos pacientes, influenciando na saúde física e mental dos mesmos, assim, se faz necessário promover uma atenção integral voltada para a melhora da qualidade de vida desses pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros E, Gonçalves LF. **Nefrologia no consultório**. São Paulo: Artmed; 2007.

Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)” in Brazil. **Braz J Med Biol Res**. 2005;38(2):261-70.

Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. **Acta Paul Enferm**. 2008;21(Número especial):152-59.

ESTUDO DE CASO: FERRAMENTA DE PESQUISA E DE ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ADRIÉLI TIMM OLIVEIRA¹; CAMILA DOS SANTOS LEITE; FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO²

¹ Universidade Federal de Pelotas – adrielioliveira85@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – sleite.camila@gmail.com, franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo relatar a utilização da metodologia *Estudo de Caso* como ferramenta de pesquisa e de ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) utiliza-se dessa metodologia como estratégia de ensino/aprendizagem no componente curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem IV: Adulto e Família – A. Trata-se de uma abordagem que possibilita investigar determinados aspectos sobre o cuidado, estimulando o raciocínio clínico, aproximando os acadêmicos da cultura e da escrita científica. Neste trabalho, relata-se o Estudo de Caso referente a uma pessoa com câncer de mama hospitalizada na Rede de Urgência e Emergência de um hospital público e de ensino.

O câncer de mama é um tumor maligno de prevalência no sexo feminino (SBM, 2011). Identifica-se que em 2016, no município de Pelotas, houve em média 187 internações hospitalares por neoplasia de mama, sendo que destas internações, 183 foram femininas (DATASUS, 2017). A metodologia *Estudo de Caso* contribui no aprofundamento teórico em relação aos aspectos clínicos e a realização da SAE junto às pessoas com neoplasia mamária.

2. METODOLOGIA

O Estudo de Caso é uma metodologia de pesquisa e de aprendizagem, de abordagem qualitativa. Ao se apropriar dessa ferramenta, o investigador deve realizar trabalho de campo, efetuar observações que permitirão a descrição e análise do fenômeno escolhido para ser estudado (GALDEANO *et al.*, 2003). Trata-se de um método que estimula o raciocínio crítico e a tomada de decisão, permitindo explorar a ciência em situações-problemas e direcionar o processo de aprendizagem (TORRES *et al.*, 2011).

Para nortear a realização do estudo de caso, utilizou-se a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), por meio da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), proposta por Wanda Horta (HORTA, 1979). A SAE visa assistir o ser humano em sua integralidade através de um conjunto de ações específicas, sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam sua aplicação na prática assistencial. Para organizar a prática utiliza-se o Processo de Enfermagem (PE), composto por cinco etapas: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (BARROS, 2016).

Através da realização de anamnese, exame físico, análise de exames e cuidados de enfermagem, foi possível elencar os diagnósticos de enfermagem prioritários na situação acompanhada, prescrição de cuidados e plano de alta hospitalar. Além disso, visando conhecer os aspectos sociais e relacionais da pessoa acompanhada, utilizou-se o ecomapa e o genograma.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2017, em cinco encontros, cada um com duração média de trinta minutos, durante atividades de campo prático do componente curricular em que as acadêmicas estavam inseridas. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, abertas e focalizadas para obter as informações. Para a entrevista semiestruturada foram elaboradas perguntas fechadas e abertas, possibilitando a entrevistada discorrer livremente. Na entrevista aberta, as reflexões da paciente foram aprofundadas. Após estudos teóricos acerca da patologia, histórico social e familiar realizou-se a entrevista focalizada, consolidando, em conjunto com a anamnese, o arcabouço teórico-prático da história da paciente estudada (MINAYO, 2010).

Em relação aos aspectos éticos, destaca-se que foram respeitados os princípios éticos normatizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para garantir o anonimato da participante, optou-se por utilizar um pseudônimo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de coleta de dados, o estreitamento de vínculo entre as acadêmicas e a paciente tornou-se possível diante do acolhimento da mesma e de seus familiares, ampliando a percepção da doença para além dos aspectos fisiológicos. Constatou-se o quanto as dimensões físicas e subjetivas estão interligadas e precisam ser igualmente consideradas durante o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, ressalta-se que cuidar é usar da própria humanidade para assistir ao outro, que deve ser visto como ser único, dotado de corpo, mente, racionalidade, desejos, sentimentos e que necessitam de cuidados na sua integralidade (CORBANI, BRÊDAS e MATHEUS, 2009).

Ressalta-se, ainda, que a utilização do Estudo de Caso como ferramenta na pesquisa qualitativa, permite que o pesquisador se torne mais capacitado para lidar com as questões-problemas identificadas no estudo, permitindo a transformação de sua prática de cuidado cotidiana. Nesse sentido, o profissional mais qualificado poderá prestar um atendimento de melhor qualidade e competência, assim como oferecer orientações que permitam aos pacientes identificar alterações em seu estado de saúde.

4. CONCLUSÕES

Compreende-se que o Estudo de Caso é uma excelente ferramenta de pesquisa e de ensino na enfermagem, permitindo aos acadêmicos e profissionais de saúde ampliar o conhecimento sobre determinada condição clínica, bem como os aspectos sociais e culturais que envolvem o cuidado ao adulto hospitalizado. Além disso, no caso deste estudo, facilitou o processo de compreensão acerca da SAE, bem como favoreceu a sua implementação junto a paciente com neoplasia mamária.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BRASIL. **DATASUS**: Departamento de informática do SUS. Informações de saúde (TABNET). Acessado em 13 jul 2017. Online. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 466/2012**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRÊTAS, Ana Cristina Passsarella; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, 2009.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lúdia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 371-375, 2003.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem** / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos- São Paulo : EPU, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed, p. 407. São Paulo, 2010.

TORRES, Érica; POMPEU, Christovam Bárbara; FULY, Patrícia Claro dos Santos; SILVINO, Zenith Rosa; ANDRADE, Marilda. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 4, p. 730-736, out/dez, 2011.

Sociedade Brasileira de Mastologia. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro. 2011. Acessado em 13 jul 2017. Online. Disponível em http://www.sbmastologia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=867:cancer-de-mama&catid=151:cancer-de-mama&Itemid=705

QUIMIOTERAPIA DOMICILIAR NA VISÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE ONCOLÓGICA - RELATO DE EXPERIÊNCIA

CAREN LAÍS SEEHABER FRIEDRICH DOS SANTOS¹; MARILÉIA STÜBE²

¹Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail:
carenlais@hotmail.com.br

²Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail:
marileia06@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1.INTRODUÇÃO

O tratamento do câncer pode ser realizado mais comumente por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou a combinação destes. A quimioterapia pode ser aplicada em diferentes modalidades nomeadamente ambulatorial, internação hospitalar e domiciliar. O tratamento domiciliar é realizado por meio de bomba de infusão (dispositivo portátil) no qual o paciente tem a oportunidade de permanecer junto aos seus familiares na comodidade do seu lar. Os clientes que realizam o tratamento a domicílio têm responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde, visto que a mesma não estará presente em seu domicílio. Portanto, é importante que os riscos inerentes a este tratamento sejam minimizados para possibilitar maior segurança ao paciente. Para administrar o quimioterápico endovenoso é necessário algum dispositivo que possibilite a infusão, sendo os mais utilizados cateter venoso periférico e cateter totalmente implantado.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da assistência de enfermagem prestada ao paciente e família na terapêutica oncológica pelo método de administração domiciliar. Este trabalho objetiva instituir a rotina de assistência e orientações de enfermagem com vistas à qualificar o processo e promover assim, tranquilidade e segurança ao paciente e familiar durante o tratamento realizado.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se os danos observados, o uso de cateter de longa permanência pode ser útil para o paciente, reduzindo dor e desconforto, bem como para a equipe de enfermagem, pois esse dispositivo auxilia na instalação da quimioterapia, facilitando-a, e ampliando a segurança do paciente uma vez que disponibiliza maior calibre para acesso intravenoso (Ministério da Saúde, 2008). A motivação em realizar este trabalho emergiu da experiência enquanto enfermeira assistencial de um serviço de quimioterapia de um hospital escola do interior do estado do Rio Grande do Sul. O fato do paciente ir para casa gera preocupação, acesso venoso para cuidar, risco de extravasamento, lesões, dor e atraso na infusão que podem ser causadas devido a perviedade do acesso venoso utilizado para o tratamento domiciliar. Durante o período que

acompanhamos os pacientes oncológicos que realizam tratamento quimioterápico domiciliar, surgiram reflexões referente a qual o tipo de acesso venoso e dispositivo a ser utilizado para otimizar este tratamento e garantir uma maior tranquilidade ao paciente, familiar e equipe de que este tratamento está sendo efetivo e realizado de forma correta. Os pacientes com indicação de utilizar o tratamento por dispositivo portátil de infusão a domicílio, são encaminhados para colocação de cateter totalmente implantado pelo cirurgião oncológico. Pensa-se que o paciente oncológico tem características específicas e necessita de assistência especializada por isso, acreditamos que a utilização do cateter totalmente implantado no tratamento de quimioterapia domiciliar traz menos riscos e promove a melhoria da qualidade de vida do paciente. O acesso venoso central é recomendado no tratamento de pacientes submetidos a terapia endovenosa prolongada, em pacientes em uso de altas doses de quimioterapia. Com o surgimento do cateter parcialmente implantável descrito por Broviac e modificado por Hickman durante 1970, o manejo dos pacientes oncológicos tornou-se mais fácil devido ao aumento da segurança deste em relação aos acessos periféricos. Desde a introdução dos cateteres venosos totalmente implantáveis (CVTI) em 1980, vem ocorrendo um aumento no seu uso, revolucionando o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.” (Miranda et al., 2008) Posteriormente os pacientes retornam ao serviço de quimioterapia para realização do tratamento infusional conforme protocolo quimioterápico prescrito pelo oncologista. A primeira parte do tratamento é realizada na unidade com punção do cateter totalmente implantado, verificação da sua perviedade e administração de medicamento de preparo pré quimioterapia, comumente usados antieméticos e antialérgicos. Após tempo determinado de infusão instala-se a medicação quimioterápica e realiza-se a instalação do dispositivo de infusão, entrega-se as orientações de cuidados referentes ao infusor e esclarecimentos de dúvidas quanto ao tratamento quimioterápico à domicílio. Agenda-se retorno para 48 ou 96hs depois para retirada da medicação. A estrutura domiciliar deve ter um adulto/cuidador identificado para prestar atendimento ao paciente, que deve estar presente em casa durante todo período de tempo em que o paciente estiver recebendo a infusão. Outras questões importantes são possuir telefone e acesso a meio de transporte para um hospital local, quando houver intercorrência durante a infusão, devendo comunicar a equipe para realizar avaliação e/ou intervenções pertinentes a cada caso. A atenção domiciliar está tendo boa aceitação e apresenta-se como estratégia de humanização do cuidado pois, o paciente permanece junto à família, e os familiares/cuidadores não precisam abandonar seus afazeres para permanecer no hospital. (Kerber et al., 2008) Como enfermeiras atuantes na assistência ao paciente oncológico visualizamos que cada vez mais o vínculo criado entre paciente e equipe deve ser fortalecido por meio de orientações claras e precisas dos cuidados a serem observados durante o tratamento para que este seja realizado de forma efetiva e correta, de forma confiável.

4.CONCLUSÕES

Neste contexto, as orientações fornecidas de uma forma clara e objetiva, podem minimizar os anseios dos pacientes e familiares e, habilitá-los para o autocuidado; com a certeza de que a administração será realizada no tempo

previsto, sem intercorrências, beneficiando o paciente quanto ao tratamento no conforto do seu domicílio, rodeado pelos seus entes queridos, muitas vezes viabilizando a continuidade de sua rotina diária.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer** – Uma proposta de integração ensino serviço. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): 2008.

MIRANDA, Robson Barbosa de et al. Perviedade e complicações no seguimento de cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia. **J vasc bras**, v. 7, n. 4, p. 316-320, 2008.

KERBER NPC, KIRCHHOF ALC, CEZAR-VAZ MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):485-493, ma

**ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: UM
RELATO DE EXPERIENCIA**

RAÍSSA OTTES VASCONCELOS¹; CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK²;
ROSÂNGELA MARION DA SILVA³; ALEXA PUPIARA FLORES COELHO⁴;
VALQUIRIA TOLEDO SOUTO⁵; IAREMA FABIELI OLIVEIRA DE BARROS⁶

¹Universidade Federal de Santa Maria – raissa_07@msn.com

²Universidade Federal de Santa Maria – carmembeck@gmail.com;

³Universidade Federal de Santa Maria - cucasma@terra.com.br;

⁴Universidade Federal de Santa Maria alexa.p.coelho@hotmail.com;

⁵Universidade Federal de - Santa Maria valquiriatoledo@hotmail.com;

⁶Universidade Federal de Santa Maria - iaremafabi@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

De algum modo, uma investigação sempre é um relato de uma viagem longa proposta por alguém cujo olhar vasculha muitas vezes espaços já visitados. Não há nada impreterivelmente original, mas sim passível de diferentes maneiras de ver e pensar realidades determinadas, bastante pessoais, a começar por experiências e apropriação de conhecimentos (DUARTE, 2002).

Na pesquisa, em busca da compreensão de determinado fato/acometimento na individualidade de cada ser, a entrevista constitui-se como uma das técnicas de coleta de dados possíveis para atingir objetivos propostos nesse sentido. A entrevista é uma ferramenta de conhecimento interpessoal que contribui para a apreensão de fenômenos, assim como para a construção pelo sujeito de pesquisa e de certo modo, pelo pesquisador, no encontro face a face (TURATO, 2013).

Também, caracteriza-se como um diálogo formal que tem uma intencionalidade, ou seja, um propósito definido pelos objetivos da pesquisa. É empregada tanto em estudos de delineamento quantitativo, como qualitativo. Consiste em um processo de obtenção de informações dos pesquisados, o que pressupõe a interação entre o pesquisador e o(s) sujeito(s) pesquisado(s) (LACERDA; COSTENARO, 2016).

A entrevista pode ser um instrumento de informações escritas ou verbalizadas para conhecimento para a pesquisa ou para a assistência (TURATO, 2013). Pode fornecer dados primários ou secundários: dados que poderiam ser conseguidos por meio do uso de outras fontes como sentidos, registros civis, entre outros, ou relacionados diretamente aos sujeitos de pesquisa, dizendo respeito à reflexão de sua subjetividade (MINAYO, 2010). Em pesquisas de delineamento qualitativo, o pesquisador tem como propósito a obtenção do significado, da visão e da compreensão pela comunicação verbal e/ou não verbal do universo do sujeito de pesquisa. As respostas dos entrevistados podem ter relação com seus valores, crenças, sentimentos e atitudes. Ainda, podem ser subjetivas ou objetivas (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Dentre os tipos de entrevista, encontra-se a entrevista não estruturada ou entrevista aberta, na qual não há um roteiro previamente estabelecido pelo pesquisador. O investigador faz as perguntas ao participante referentes ao tema em pauta e a sequência da entrevista se dá conforme as respostas do sujeito pesquisado referentes às indagações do pesquisador. Requer grande domínio da pesquisa pelo investigador (LACERDA; COSTENARO, 2016). No presente resumo, objetiva-se relatar a experiência de uma mestrandia enquanto acadêmica de enfermagem, na utilização da entrevista aberta como técnica de coleta de dados.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma mestrandia enquanto acadêmica de enfermagem, na utilização da entrevista como técnica de coleta de dados para o Trabalho de Conclusão de Curso. O estudo foi desenvolvido em uma associação sem fins lucrativos, fundada em 1997, de apoio à familiares e/ou amigos de bipolares, vinculada a um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul, referência em urgência e emergência, que conta atualmente com 403 leitos ativos, conveniados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados do estudo ocorreu nos meses de março e abril do ano de 2014, por meio de entrevista aberta com familiares de pessoas com transtorno bipolar, sócios desta associação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optar pela entrevista como técnica de coleta de dados, por vezes, perpassa uma percepção de que esta constitui-se como um procedimento de maior facilidade de realização, comparado a outros, aparentemente mais sofisticados. Vale dizer que fazer entrevistas de modo adequado e rigoroso não é um processo simples, demandando além de preparo teórico, competência técnica do investigador, para que sejam desenvolvidas de maneira a fornecer um material empírico denso e rico suficientemente para ser considerado fonte de investigação (DUARTE, 2004).

A realização das entrevistas exigiu treinamento e clareza sobre a forma correta de proceder. Além disso, cuidado em sua condução, estimulando o participante a falar mais sobre determinado assunto ou pedindo esclarecimentos sobre algo dito, sem induzir as respostas. Foi necessária atenção constante do entrevistador no que se refere a sua linguagem não verbal, como expressões de concordância, discordância, descontentamento, surpresa ou estranheza, diante do exposto pelos participantes.

Propiciar um momento de encontro que seja ao mesmo tempo formal e informal, de modo a atingir com consistência e significativamente os objetivos da pesquisa dentro de critérios estabelecidos é uma tarefa complexa (DUARTE, 2004). Estar presente, realmente interessado na escuta do outro é fundamental. Percebeu-se que ter promovido um ambiente acolhedor contribuiu para que os participantes da pesquisa sentissem-se valorizados, assim como o

esclarecimento dos objetivos do estudo e aspectos éticos, contribuindo para a percepção de sua real importância para a realização da pesquisa.

No decorrer da coleta de dados, foram encontradas facilidades, como a disposição dos participantes de falar durante as entrevistas, mostrando-se confortáveis ao compartilhar acontecimentos de suas vidas, e a não necessidade de esclarecimento da pergunta. O uso do gravador digital durante a coleta de dados contribuiu para a clareza dos depoimentos, o que facilitou a escrita e a transcrição. Houve dificuldades no que concerne ao acesso a alguns participantes, quando foi necessário ir ao domicílio para realizar as entrevistas.

Para esta técnica, o pesquisador necessita de flexibilidade, empatia, valorização da escuta, paciência, dentre outras características. Ademais, deve prestar apoio ao participante diante de situações inesperadas na entrevista, tanto no momento, como extra pesquisa. Se preciso, a técnica deve ser interrompida, dependendo das condições do entrevistado (LACERDA; COSTENARO, 2016). Durante a coleta de dados, não foi necessário interromper nenhuma entrevista, o que também apresentou-se como um aspecto positivo.

4. CONCLUSÕES

Por fim, a experiência na utilização da técnica de entrevista para a coleta de dados certamente foi válida e desafiadora; proporcionou exercitar e vivenciar etapas desde o planejamento do projeto de pesquisa até o momento de sua realização e todos os aspectos envolvidos. Hodiernamente, diante da complexidade cada vez maior das necessidades e demandas dos usuários, acredita-se que a entrevista pode ser um meio de grande contribuição para a compreensão dos mais variados fenômenos na subjetividade e individualidade de cada ser, no meio acadêmico e também nos cenários de assistência à saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de pesquisa, v. 115, n. 1, p. 139-54, 2002.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org). Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática. 1. ed. Porto Alegre, RS: Moriá, 2016.

MINAYO, M.C.de S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Educar em revista, Editora UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE: RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA REDE DE SÃO LOURENÇO/RS**

FABIO PEREIRA CABRAL¹; JANISSE BEDNARSKI VARGAS²;
ANDRESSA KERKHOVEN³; TALLITA FRANDOLOSO⁴; ELITIELE ORTIZ DOS
SANTOS⁵

¹Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – fabiopereiracabral@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul- janisse.vargas@gmail.com

³Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul- andressametamax@hotmail.com

⁴Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - frandolosotally@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul - elitiele_ortiz@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Educação Física é uma profissão recentemente inserida nos cuidados oferecidos pelos Sistema Único de Saúde (SUS). A área entra na saúde através a resolução 287 de outubro de 1998 do CNS, a partir disto os profissionais de Educação Física precisaram desenvolver ações adequadas a partir da reorganização de seus saberes tensionados no campo da saúde.

Em função de ter sua organização histórica e origens a partir dos saberes produzidos pela medicina, a Educação Física passa o século XX buscando legitimação científica dentro do campo biomédico (LUZ 2007, p. 12). Seus saberes até pouco tempo atrás estavam reduzidos ao discurso de poder do campo biomédico, o que não impediu que a Educação Física superar esta atuação restrita as atividades corporais.

Em saúde coletiva deve-se entender a Educação Física como um campo de saberes e práticas sociais e que para consolidar-se no campo da saúde deve abandonar a lógica exclusivista do exercício físico, desconstruindo este elemento como identidade da área (Fraga, 2006). Para Bragrichesky seria preciso olhar outras formas específicas de fundamentar a atuação dos profissionais como por exemplo educação permanente para sanear as necessidades de entendimento do eixo Educação Física, saúde coletiva e SUS.

Tendo em vista que Educação Física é uma área que transita recentemente nos espaços da saúde, como seria possível então garantir intervenções adequadas no campo da saúde para profissionais de Educação Física egressos de distintos cursos de graduação e com diferentes formações?

Seria possível a partir destas problematizações da atuação do profissional de Educação Física usar a pesquisa do trabalho de campo para tencionar os saberes confrontando teoria e prática, afim de potencializar as práticas de cuidado dos profissionais de Educação Física na saúde coletiva?

A partir destas questões os profissionais de Educação Física do município de São Lourenço do Sul/RS criaram um espaço de discussão de temáticas da saúde conhecido como Preceptorial de Núcleo Ampliado. Esse “dispositivo” foi criado para potencializar as ações dos profissionais utilizando o trabalho de campo como espaço de pesquisa, troca experiências, problematizando os saberes e as ações em saúde coletiva. Nesse sentido, este

trabalho tem por objetivo apresentar a preceptoria como uma ferramenta para qualificar o fazer em saúde.

2. METODOLOGIA

Em março de 2017 começaram a ocorrer no município de São Lourenço do Sul/RS as reuniões de núcleo profissional ampliado para profissionais de Educação Física. São reuniões mensais de caráter itinerante realizadas nos campos onde os profissionais estão inseridos, e com a presença de profissionais de Educação física da atenção básica, saúde mental, NASF, hospital do município e residentes da saúde mental coletiva da Escola de Saúde Pública. As reuniões configuram-se um dispositivo que serve para problematizar as ações a partir de discussões sobre temáticas da saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um das maiores conquistas desta inovação que são as preceptorias de núcleo profissional ampliado é permitir para profissionais revisitar a teoria e discutir as práticas clínicas e terapêuticas, consolidando sua atuação na rede de saúde do município de São Lourenço do Sul/RS. As discussões nas reuniões fomentaram a implementação de uma agenda de ações e práticas de educação permanente.

Até o momento foram realizados cinco encontros, nos quais foram problematizados os seguintes temas: medicalização, procedimentos e abordagens em saúde, avaliação das ações de campo e produção de pesquisa a partir do campo de atuação, bem como a organização de estudos e eventos da área.

Foi implementada no núcleo profissional ampliado a educação permanente como parte da preceptoria com possibilidade de estender-se as serviços de saúde conforme a necessidade das equipes, a criação de cursos para capacitar agentes de saúde e visitantes nas temáticas da promoção e prevenção em saúde, a implementação do grupo de estudos das práticas da Educação física em saúde e a promoção de um evento para profissionais da Educação Física da região.

4. CONCLUSÕES

As reuniões de núcleo ampliado contituem um dispositivo inovador para o município de São Lourenço do Sul, pois permite aperfeiçoar os processos de trabalho em *locus* de acordo com as necessidades e com os princípios do SUS, legitimando e aperfeiçoando a atuação dos profissionais de Educação Física no campo da saúde. E permitindo que através desse espaço, onde ocorre o embate de ideias, o tensinamento dos saberes de diferentes áreas a Educação Física passe a produzir discursoss a partir de si mesma.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Resolução 287**. Ministério da Saúde, Brasília, 8 out. 1998. Acessado em 20 Junho. Online. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html

BRASIL. Portaria 687. Ministério da Saúde, Brasília, 30 mar. 2006. Acessado em 20 Junho. Online.Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf

BAGRICHEVISKY, M. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação em saúde coletiva? . FRAGA, U. A. **Educação Física e Saúde Coletiva**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 3, p. 33-44.

FRAGA, A. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores Associados, 2006.

LUZ, M.T. Educação Física e Saúde Coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde . FRAGA, U. A. **Educação Física e Saúde Coletiva**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 1, p. 09–16.

SINTOMAS QUE OCORREM EM PESSOAS QUE PARAM DE FUMAR

SILVIA DOS SANTOS¹, VILMAR MANZONI¹, EDNA THAIS JEREMIAS
MARTINS², JOSE MIGUEL CHATKIN³

¹*Acadêmica de Enfermagem da Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) –
siviasantos2424@sou.faccat.br*

²*Docente de Enfermagem da Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) –
ednamartins@faccat.br*

³*Docente de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)–
jmchatkin@pucrs.br*

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A essência da profissão de Enfermagem é o cuidado. Sendo assim, não se restringe apenas aos cuidados técnicos e sim a integralidade do paciente(1). O tabagismo é considerado uma doença, conforme CID10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde(2). Trata-se de uma epidemia global, sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública, característico apenas da espécie humana(3). Está associado a risco em desenvolver doenças respiratórias(4), vários tipos de neoplasias, doenças cardiovasculares(5, 6), além de risco aumentado de diabetes tipo 2(7), entre outras doenças. Sendo considerado um grave problema de saúde pública no Brasil, em termos de morbidade, mortalidade, gerando custos significativos para o sistema de saúde(8).

O enfermeiro desempenha papel importante no processo da cessação ao tabagismo, promovendo educação à saúde, orientações individuais e em grupos. A entrevista motivacional é um método de comunicação utilizada para apoio nesta etapa. A motivação envolve reconhecer o problema, buscar alternativas para solucionar, implementar mudanças e mantê-las. Planos de tratamento com metas claras podem ajudar a estruturar a comunicação objetiva, consequentemente envolve os pacientes na tomada de decisão, aumentando a capacidade de parar de fumar(9).

Para que a enfermagem atue na cessação do tabagismo, é essencial conhecer os sintomas dos pacientes, pois podem ser considerados fatores para recaída no tratamento. Portanto, este estudo tem como objetivo identificar os sintomas após início do tratamento para cessação do tabagismo. A resposta a esta indagação poderá ajudar para estes sintomas serem abordados durante a consulta de enfermagem, o que poderá ajudar a ter sucesso no processo de abandono do tabagismo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal. A amostra deste estudo foi constituída por pacientes fumantes ativos que procuraram ajuda para parar de fumar no Ambulatório de Cessação do Tabagismo (ACT) do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica (HSL-PUCRS), no período de junho de 2015 a junho de 2017. Foram incluídos participantes com idade ≥18 anos; pacientes tabagistas (fumar mais de 10

anos/maço), uso de apenas cigarros industrializados e concordância em participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes analfabetos, mulheres grávidas ou amamentando, doenças psiquiátricas, uso abusivo de drogas ilícitas e álcool.

Na primeira consulta, quando o paciente comparecia ao ACT, ele era convidado a participar da pesquisa. Após concordância e assinatura do TCLE, ele preenchia um questionário autoaplicável, com perguntas sobre o hábito tabágico. Além disso, foi avaliado o nível de dependência nicotínica, com o Teste de Fagerström(21): classificado como leve ≤ 3 pontos, 4-7 pontos como moderada e ≥ 8 pontos como severa. A carga tabágica foi calculada conforme anos-maço, que é o número de cigarros consumidos por dia, dividido por 20 (1 maço = 20 cigarros) e multiplicado pelo número de anos em que o paciente fumou. Na segunda consulta, após início do tratamento, o paciente respondia sobre a existência de sintomas: irritabilidade, ansiedade, dificuldade em concentrar-se, inquietação, tristeza e outros. Os sintomas estão descritos como nenhum(0), leve(1), moderado(2) ou severo(3). Os critérios para classificação dos sintomas relacionados pelos pacientes. Os dados foram inseridos no excel e analisados com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Medicina e Hospital São Lucas e Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CAAE 42660314.1.0000.5336). O projeto está de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/12, Conselho Nacional de Saúde).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, 450 pacientes fumantes foram convidados para participar do estudo, dos quais 102 foram considerados inelegíveis. Assim, o estudo incluiu 348 pacientes. Pode-se observar na Tabela 1, que a maioria era do sexo feminino (n=245). A idade média dos participantes foi de $51,3 \pm 10,5$. A maioria dos participantes já havia feito tentativas prévias para parar de fumar. A maioria dos pacientes já apresentava alguma comorbidades previamente (n=260). Conforme Teste de Fagerström para dependência nicotínica (TFDN), a maioria apresentava dependência nicotínica moderada (n=92).

TABELA 1 – Características gerais dos pacientes do estudo (n=348)

Sexo n(%)	
Feminino	245 (70,4)
Idade média $\pm$ DP	51,3 $\pm$ 10,5
Tentativas prévias $\square$ AIQ _{P25-P75} $\square$	2[1-4]
Anos-maço $\square$ AIQ _{P25-P75} $\square$	36[20-50]
Presença de comorbidades n(%)	260 (74,7)
Dependência nicotínica TFDN n(%)	
Leve	92 (26,4)
Moderada	164 (47,2)
Severa	92 (26,4)

DP= desvio padrão, AIQ25-75 =amplitude interquartil, Teste de Fagerström para dependência nicotínica (TFDN) classificada como leve ≤ 3 pontos, 4-7 pontos como moderada e ≥ 8 pontos como severa.

Os sintomas identificados pelos pacientes, após início do tratamento estão descritos na Tabela 2. A maioria dos pacientes não tiveram sintomas severos.

TABELA 2 – Sintomas após o início do tratamento e alteração ponderal conforme os grupos (n=348)

Sintomas	TOTAL n(%)
Irritabilidade	
Nenhum	168 (48,3)
Leve	82 (23,6)
Moderada	58 (16,6)
Severa	40 (11,5)
Ansiedade	
Nenhum	120 (34,5)
Leve	89 (25,6)
Moderada	72 (20,7)
Severa	67 (19,2)
Dificuldade em concentrar-se	
Nenhum	209 (60,0)
Leve	70 (20,1)
Moderada	38 (10,9)
Severa	31 (8,90)
Inquietação	
Nenhum	161 (46,3)
Leve	80 (23)
Moderada	64 (18,4)
Severa	43 (12,3)
Tristeza	
Nenhum	227 (65,2)
Leve	62 (18)
Moderada	36 (10,2)
Severa	23 (6,6)
Miscelânea*	
Nenhum	274 (78,7)
Leve	48 (13,8)
Moderada	12 (3,5)
Severa	14 (4)

*Miscelânea: distúrbios do sono (n=39), aumento de apetite (n=22), cefaleia (n=12), náusea (n=9), boca seca (n=9) constipação (n=6) **Associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados a 5% de significância. Grupo A= perda/inalteração/ganho $<5\%$ do peso inicial. Grupo B= ganho $>5\%$ do peso inicial.

4. CONCLUSÕES

Concluimos através deste estudo, que os pacientes apresentaram mais frequentemente os sintomas como ansiedade, irritabilidade, inquietação como os sintomas mais severos após início do tratamento para cessação do tabagismo. Por fim, a pesquisa evidencia que enfermagem pode discutir estes sintomas durante a consulta de enfermagem para cessação do tabagismo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PONTES AC, ARRUDA LEITAO IM, RAMOS IC. Therapeutic communication in Nursing: essential instrument of care. **Rev Bras Enferm.** 2008;61(3):312-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAR DE SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAR DE SAÚDE. **Report On The gLObal TObaCCO EPidEmiC.** 2013.

GODOY I, TANNI SE, COELHO LS, MARTIN RDOS S, PARENTI LC, ANDRADE LM, ET AL. Smoking cessation program as a tool for the early diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. **J Bras Pneumol.** 2007;33(3):282-6.

BENOWITZ NL. The role of nicotine in smoking-related cardiovascular disease. **Prev Med.** 1997;26(4):412-7.

VILLABLANCA AC, MCDONALD JM, RUTLEDGE JC. Smoking and cardiovascular disease. **Clin Chest Med.** 2000;21(1):159-72.

WILLI C, BODENMANN P, GHALI WA, FARIS PD, CORNUZ J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Jama.** 2007;298(22):2654-64.

PINTO MT, PICHON-RIVIERE A, PINTO MT, BARDACH A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad Saúde Pública.** 2015;31(6):1283-97.

HAYES CB, COLLINS C, O'CARROLL H, WYSE E, GUNNING M, GEARY M, ET AL. Effectiveness of motivational interviewing in influencing smoking cessation in pregnant and postpartum disadvantaged women. **Nicotine Tob Res.** 2013;15(5):969-77.

REFERENCIAL TEÓRICO PROPOSTO POR MICHEL FOUCAULT:
RELATO DO DIÁLOGO COM A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIL

NAIANA ALVES OLIVEIRA¹; VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLO COIMBRA²

¹Universidade Federal de Pelotas – naivesoli@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O referencial teórico proposto por Michel Foucault inspirou a problematização de alguns questionamentos sobre as práticas de cuidado desenvolvidas na Atenção Psicossocial infantojuvenil. Entende-se a constituição do referencial teórico foucaultiano, como possibilidade de guiar, de tornar-se possível na pesquisa, pela capacidade de ser inventado, construído, quando é colocado em movimento com o objeto de pesquisa (VEIGA-NETO, 2009).

Para Veiga-Neto (2007), Foucault tinha uma preocupação em problematizar a posição do sujeito, trazendo-o como alguém que é assujeitado, pois se assujeita a si e ao outro. Além disso, o sujeito é aquele que está submetido às práticas e às estratégias de normalização, desenvolvendo, assim, um exercício de forças e de tencionamento (FOUCAULT, 2011). É neste sentido que Foucault mostra, ao longo de suas problematizações, um caminho para a história das discontinuidades, das rupturas, da constituição dos discursos, das relações de poder e das formas de dominação no cotidiano da vida social.

Assim, tem-se a possibilidade de olhar para a história da contingência, de ver o modo como os sujeitos são constituídos na modernidade e como o sujeito se desloca nessa zona de normalização. Desse modo, o objetivo aqui empreendido é relatar a experiência da utilização do referencial teórico inspirado por Michel Foucault, na enfermagem e saúde, com o qual foi possível problematizar as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização do referencial teórico proposto por Michel Foucault, numa tese de doutorado, a partir das entrevistas realizadas com os trabalhadores da Atenção Psicossocial infantojuvenil, além dos registros feitos em diário de campo e da observação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer Nº. 1.190.475/2016 e CAAE 47881915.2.0000.5316.

3. UM DIÁLOGO COM REFERENCIAL TEÓRICO INSPIRADO EM MICHEL FOUCAULT

Para problematizar as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, a partir de alguns conceitos empreendidos por Michel Foucault, foi necessário olhar para a história, para o passado daquele serviço de saúde. Para tanto, tomou-se o discurso dessa prática, a partir das entrevistas realizadas com os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, de um município do sul do país, e ainda, para a produção do diário de campo e da observação das práticas, construídos com a intenção de olhar as ações de cuidado produzidas, buscando dar visibilidade aos acontecimentos que ocorrem na instituição.

Investigar, analisar, problematizar enunciações, significa não envolver-se no debate se aquilo que afirmam é ou não verdade, ou se suas proposições são plausíveis. O que se busca são os efeitos dos discursos quando são colocados em movimento, pois “o discurso é um operador” (FOUCAULT, 2012, p. 221). Neste sentido, problematizou-se e colocou-se em movimento as enunciações sobre as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, a partir do *corpus* de análise, de modo a olhar para o que estava dito, visível, não interessando qualquer enunciação que seja produto de uma interpretação.

Michel Foucault ao longo de suas problematizações, propôs conceitos e noções que remetem a uma compreensão crítica das relações de poder e das práticas discursivas e não-discursivas que as sustentam, possibilitando pensar a história e as sociedades em termos de relações, tensões e conflitos.

Para Foucault é no contexto de um dado saber, de um dado acontecimento, que podemos apreender o movimento de seu aparecimento, de sua história, de redefinições, de rupturas (FOUCAULT, 2013). Desse modo, o modo de cuidado na Atenção Psicossocial para crianças e jovens, permite resistir a proposições de saberes com características verdadeiras, estanques. Assim, dialogar com o referencial teórico de Michel Foucault significou a possibilidade de encontrar novos modos de pensar e produzir o cuidado no presente, bem como conhecer a necessidade de construir novas ferramentas para práticas de cuidado em saúde mental na contemporaneidade, como um operador de mudanças em relação às condições anteriormente constituídas.

4. CONCLUSÕES

Com a utilização do referencial teórico de Michel Foucault, não buscou-se obter respostas, nem tampouco soluções para os problemas propostos. A pretensão não é a de propor modos “verdadeiros”, “definitivos” de práticas de cuidado, mas pensar como essas práticas se constituíram e se constituem, e como podem estimular nossas práticas sociais, enquanto trabalhadores da saúde.

Por fim, a inspiração foucaultiana empreendida, contribuiu para a compreensão dos efeitos modernos do cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, mas, ainda, a possibilidade de (re)orientação das práticas diárias, das práticas de cuidado envolvidas na constituição histórica da criança e do jovem, e tudo o que envolve a sua saúde mental.

Focar nos atravessamentos provocados pelas enunciações das práticas de cuidado, provocou mudanças, transformações. Além disso, o diálogo com o referencial contribuiu para o fortalecimento das ações produzidas no campo da

Atenção Psicossocial, como forma de contribuir para a consolidação das políticas públicas para crianças e jovens, no campo da saúde mental.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

VEIGA-NETO, A. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 34, 83-94, 2009.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

**PROPOSTA DE UMA LINHA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO
PARKINSONIANO JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA**

ELISANDRA DOS SANTOS SOARES¹; ANANYR PORTO FAJARDO²; ALINE
SILVA DE ALMEIDA³; CARINA CORRÊA DA SILVA⁴; CAROLINE
DRECHSLER⁵

¹ *Residência Multiprofissional em Saúde ênfase Saúde da Família e Comunidade - GHC –
elissoaresrs@gmail.com*

² *Grupo Hospitalar Conceição – fananyr@ghc.com.br*

³ *Prefeitura Municipal de Nova Petrópolis – ali_almeida84@hotmail.com*

⁴ *Prefeitura Municipal de Nova Petrópolis – carinacorrea1@gmail.com.br*

⁵ *Prefeitura Municipal de Nova Petrópolis – carodre2002@yahoo.com.br*

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A população idosa com 60 anos ou mais deve alcançar em 2050 dois bilhões de pessoas no mundo. O aumento da longevidade se deve a diversos fatores como, por exemplo, sociais, econômicos e de saúde. Entretanto, o fato das pessoas estarem vivendo mais não é sinônimo de envelhecimento saudável. O desafio do sistema de saúde está no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, de modo a encontrar estratégias eficazes e resolutivas para a população mundial envelhecida.

No Brasil, a projeção para os próximos vinte anos é que a população idosa atinja 30 milhões de pessoas. A longevidade vem contribuindo progressivamente para o crescimento de idosos no país. Segundo o censo do IBGE de 2010, o Rio Grande do Sul concentra o maior número de idosos.

Em Nova Petrópolis, a população estimada em 2016 era de 20.000 habitantes, sendo 3.000 idosos. Para atender a esta população, a rede de atenção à saúde do município conta com 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que comportam 8 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 1 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) na modalidade 1, 2 academias de saúde – 55 grupos de exercícios físicos, 1 hospital de pequeno porte, Programa Municipal de Plantas Medicinais, Bombeiros Voluntários, SAMU, Caps 1, CRAS e Conselho Tutelar. O município possui 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição nas seguintes áreas: Educação Física, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. O campo prático da residência é vinculado ao NASF. Atualmente esta equipe é composta por 12 profissionais entre servidores e residentes. O NASF iniciou suas atividades no município em 2013 e atualmente a equipe é formada por 1 Assistente Social, 1 Educador Físico, 1 Farmacêutico, 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudiólogo, 1 Nutricionista e 1 Psicólogo.

As demandas de atendimentos solicitadas ao NASF são discutidas através de matriciamentos realizados com as equipes das unidades de saúde com

frequência mensal. Nesse espaço são discutidos os casos e construída a melhor forma de intervenção, a qual pode gerar desde orientação, apoio às ações de saúde de promoção e prevenção junto à rede do município, apoio técnico-pedagógico, educação permanente, visita domiciliar até, quando necessário, atendimentos individuais.

Por meio do NASF, iniciou-se o atendimento de um paciente diagnosticado com Parkinson, sendo atualmente três usuários acompanhados, todos pertencentes ao mesmo território da ESF. O diagnóstico de Parkinson é realizado em serviços de referência fora do município, em sua maioria localizada em Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, Complexo Hospitalar Santa Casa e Hospital São Lucas/PUCRS.

Compreendendo o fluxo desses usuários entre ESF e unidade de referência, verificou-se a inexistência de dados epidemiológicos referentes à pacientes com Parkinson no município de Nova Petrópolis. A cidade não possui um médico neurologista, sendo os pacientes encaminhados para o serviço de referência para avaliação e diagnóstico e, posteriormente contrarreferenciados ao município de origem para acompanhamento médico clínico, dispensação de medicamentos e reabilitação.

Diante da ausência destes dados epidemiológicos, foi verificada a necessidade do mapeamento por território, contemplando as 8 ESF, a fim de identificar esses usuários para possíveis ações conjuntas entre os diferentes níveis de saúde, visando à integralidade, o cuidado longitudinal e a coordenação do cuidado.

A doença de Parkinson é uma doença degenerativa, crônica e progressiva. Os sintomas evoluem lentamente causando dependências múltiplas, limitações, isolamento social, dificuldade de comunicação e alimentação. As ações integradas por diferentes núcleos nestes casos qualificam os atendimentos e promovem maior resolutividade.

A Fonoaudiologia contribui na prevenção e redução de agravos nas áreas de fala, voz e deglutição. Além disso, a interface entre Fonoaudiologia com os demais núcleos profissionais proporciona ao paciente o cuidado integrado, a corresponsabilização de todos e melhor qualidade de vida ao usuário.

Desta forma, o objetivo deste relato de experiência é descrever o percurso traçado no município para identificação desses usuários e elaboração de uma linha de Atenção à Saúde dos Idosos Parkinsonianos na Atenção Básica à Saúde.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada através do programa AME – Sistema de Administração de Medicamentos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para os pacientes que usam medicamentos do componente especializado para o tratamento de Parkinson pelo CID G.20. Além disso, foram pesquisados, por meio do prontuário eletrônico, os pacientes que buscam, nas farmácias das

ESF, os medicamentos prescritos para a doença e que integram a relação municipal de medicamentos essenciais do município de Nova Petrópolis (REMUME). Especificamente, os medicamentos são o Cloridrato de biperideno 2mg e a Carbidopa + Levodopa 25mg/250mg. As buscas em prontuários nos serviços municipais são realizadas com auxílio da Farmacêutica do NASF.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram localizados mais cinco usuários, totalizando oito até o momento. No entanto, acredita-se que os casos são subnotificados tendo em vista o tamanho da população e o número de idosos no município, além de considerar que, com o aumento da população idosa, também ocorre um incremento de comorbidades e doenças crônico-degenerativas.

Foram identificadas algumas dificuldades nesta busca, como a identificação dos pacientes que usam medicamentos para Parkinson e que os adquirem em drogarias privadas e através de processos judiciais, pois não constam nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Outra questão relevante foi o tempo despendido para a pesquisa dos pacientes por ESF, pois não há um programa de compilação unificada dos dados.

O fato de a equipe estar mais sensibilizada possibilitou o olhar ampliado, bem como a necessidade de uma linha de Atenção à Saúde desta população. A busca ativa por parte da ESF propiciou que oito usuários fossem acompanhados de acordo com suas necessidades respeitando os princípios da equidade.

4. CONCLUSÕES

O mapeamento desses usuários no território contribui para elaboração de estratégias eficazes de cuidado longitudinal e ações conjuntas em diferentes níveis e núcleos de saúde, proporcionando aos idosos parkinsonianos e suas famílias o cuidado integral e o desenvolvimento de uma Linha de Atenção à Saúde desses usuários dentro da Atenção Básica à Saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON. **O que é Parkinson?**. Porto Alegre, 25 Ago. 2017. Acessado em 25 Ago. 2017. Online. Disponível em: <http://www.parkinson.org.br/firefox/index.html>

IBGE. **Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária.** Porto Alegre, 25 Ago. 2017. Acessado em 25 Ago. 2017. Online. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431320>

ONU. **Direitos Humanos.** Nações Unidas no Brasil, Porto Alegre, 25 Ago. 2017. Acessado em 25 Ago. 2017. Online. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>

NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: UMA REVISÃO
SISTEMATIZADA

JUANA FRAGA LARROSA¹; CLARISSA DE SOUZA CARDOSO²; KARINE
LANGMANTEL³; PATRICIABANDEIRA⁴; MICHELE OLIVEIRA MANDAGARÁ⁵;
VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLOCOIMBRA⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – fraga.juana@gmail.com;

²Universidade Federal de Pelotas – cissascardoso@gmail.com;

³Universidade Federal de Pelotas – kaa_langmantel@hotmail.com;

⁴Universidade Federal de Pelotas – patriciabandeira@hotmail.com;

⁵Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com;

⁶Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

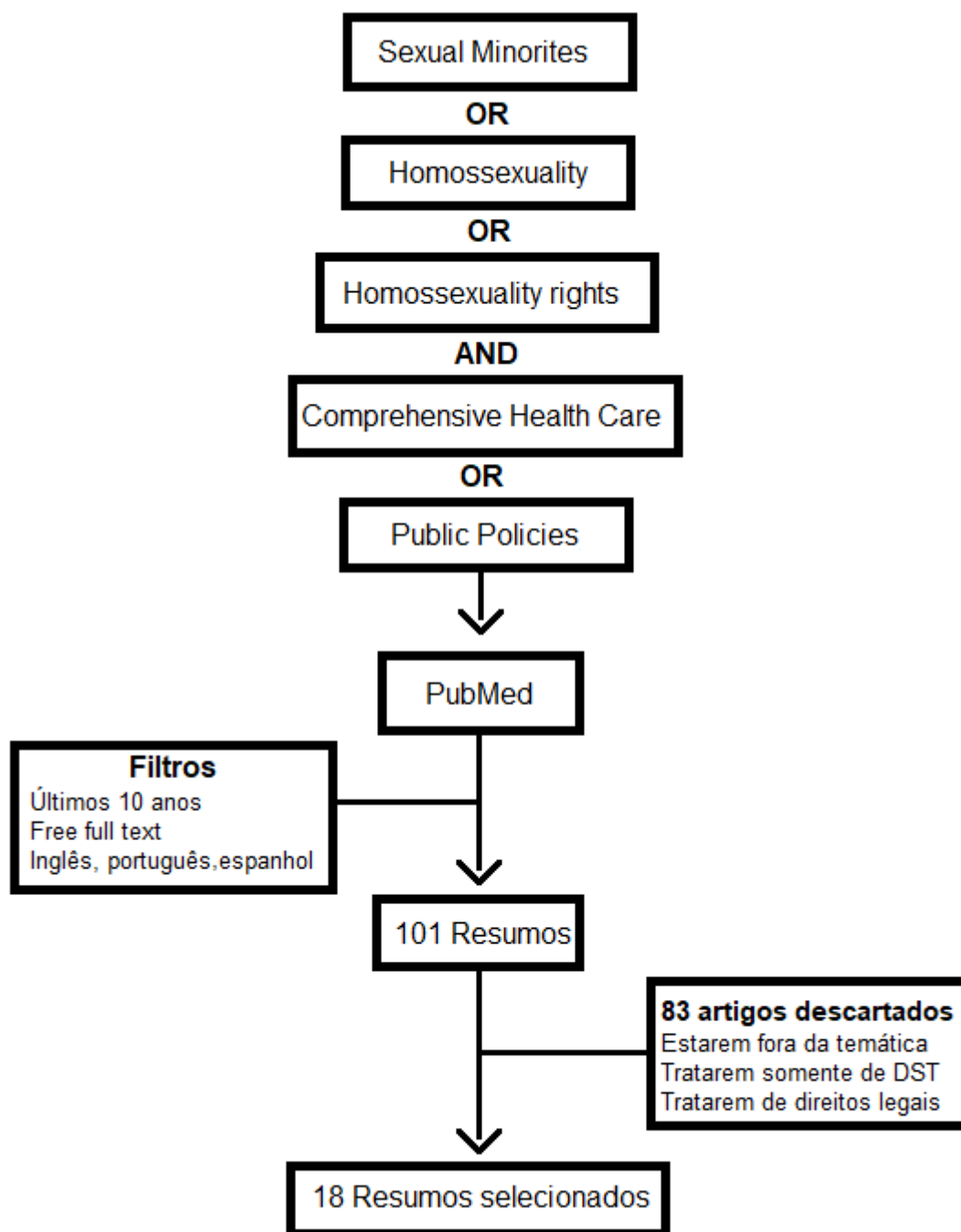
EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A população LGBT encontra diversas barreiras no que diz respeito aos cuidados à saúde, verifica-se que o direito a saúde desta população relaciona-se em muitos países com determinados programas e políticas de saúde, mais especificamente aquelas de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DALY, SPICER E WILLAN, 2016). Segundo Neer e Anahí (2015) referem que o sistema público de saúde revela a necessidade de tensionar conceitos de saúde e doença para além de categorias morais. O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados de uma revisão sistemática de resumos publicados na base de dados PUBMed.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de resumos de artigos sobre as necessidades de saúde que a população LGBT apresenta, olhando para os diferentes cenários e serviços de saúde. Com a finalidade de buscar artigos que subsidiem a discussão a respeito das necessidades de saúde para esta revisão, realizamos a seguinte questão: “quais são as necessidades de saúde da população LGBT?” A busca ocorreu em agosto na base de dados PubMed com os seguintes descritores: Comprehensive Health Care (MeSHTerms); Public Policies (MeSHTerms); Sexual Minorities (MeSHTerms); Homosexuality (MeSHTerms); LGBT; Homosexual rights. Foram adicionados os filtros: Artigos de acesso livre e completos, publicações dos últimos dez anos e na língua inglesa, portuguesa e espanhola. Foram excluídos os artigos duplicados, resenhas, anais de congresso, artigos de opinião, artigos de reflexão, editoriais, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo, e artigos publicados fora do período de análise. Foram encontrados 101 artigos, foram descartados 83 artigos por tratarem de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), estarem fora da temática e por abordarem direitos legais. Restando 18 resumos para serem lidos. A seguir destacamos o fluxograma com a busca dos artigos:



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pessoas transgêneros encontram muitas barreiras aos cuidados de saúde e as recomendações sobre o melhor oferecimento de seu tratamento podem promover ou frustrar o bom atendimento. Destacar que as necessidades de saúde da população LGBT vão muito além das necessidades específicas do ser trans ou homossexual deveria levar a novas políticas de saúde que garantissem a inclusão de tal população nos serviços. Há ainda nos dias de hoje o fator discriminatório com a população LGBT, que embora tenham anos de luta por direitos ainda sofrem atos discriminatórios até mesmo dentro dos serviços de saúde. Estes atos são responsáveis muitas vezes pelo agravamento das situações no processo de doença assim como da não procura do

serviço (DEUTSCH E FELDMAN, 2013; BRASIL, 2008; SMITH ET AL, 2016, CASTRO, 2012; CARRARA, 2012).

O grupo populacional que esta afastado da atenção primaria por experiências negativas deve ser reincluído e vinculado, garantindo que todas as suas necessidades sejam sanadas assim como é para a população geral, compreendendo o individuo como um ser holístico, levando em consideração o seu ser biológico, seu ser psicológico e o ser social (DIETZ E HALEN, 2012; PALFREY, 2015; KANO ET AL, 2016).

A educação permanente e continuada pode ser uma ferramenta para que os profissionais já inseridos nos serviços de atenção primária tomem conhecimento sobre as necessidades de saúde da população LGBT, se livrem de preconceitos e consigam realizar boas práticas dentro da atenção primária, refazendo e reforçando vínculos que levariam tais grupos populacionais para o serviço, conseguindo assim identificar suas problemáticas e traçar planos terapêuticos e planejar ações efetivas (LAW ET AL, 2015; MATHEWS E LEE, 2014; SELL E HOLLIDAY, 2014). O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da saúde da população brasileira, este tem que ter a visão critica necessária para planejar ações e incentivar políticas para garantir o bem estar dos brasileiros, sendo assim é importante destacar a necessidade de que estes profissionais se renovem nas questões que dizem respeito a população LGBT, podendo assim incentivar os colegas das equipes multiprofissionais a fazer o mesmo (BRASIL, 2012; ADAMS ET AL, 2014; CARDOSO E FERRO, 2012; HENDERSON, 2009).

4. CONCLUSÕES

Há também uma grande necessidade de trabalhar o tema da saúde LGBT sem vincular este grupo unicamente a doenças sexualmente transmissíveis como percebemos na maior parte das publicações científicas existentes. A aproximação dos profissionais de saúde com a temática, desconstruindo os saberes que levam ao afastamento da população LGBT e construindo saberes que levem ao cuidado de forma integral e com equidade contemplará as necessidades de saúde de tal grupo.

A produção científica sobre os diversos vieses que não se refiram unicamente a população LGBT vinculada a doenças sexualmente transmissíveis auxiliaria no processo de uma nova identidade social para este grupo que vem por anos vivendo as margens da sociedade heteronormativa e binaria.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, T. G.; STEWART, P. A.; BLANCHARD, J. C. Disgust and the politics of sex: exposure to a disgusting odorant increases politically conservative views on sex and decreases support for gay marriage. **PLoS One**, v.9, n.5, p.e95572, 2014.

BUCHMUELLER, T.; CARPENTER, C. S. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex

versus different-sex relationships, 2000–2007. **American journal of public health**, v.100, n.3, p.489-495, 2010.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.32, n.3, p.552-563, 2012.

CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v.28, n.1, p.184-189, 2012.

CASTRO, M. Revolutionizing gender: Mariela Castro MS, director, National Sex Education Center, Cuba. Interview by Gail Reed. **MEDICC review**, v.14, n.2, p.6-9, 2012.

CORNELISSE, V. J.; FAIRLEY, C.; ROTH, N. J. Optimising healthcare for men who have sex with men: A role for general practitioners. [Aust Fam Physician](#), v.45, n.4, p.182-5, 2016.

DEPARTAMENTO DE APOIO A GESTÃO PARTICIPATIVA, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Health of gay, lesbian, bisexual, transgender and transsexual population. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, v.42, n.3, p.570, 2008.

DEUTSCH, M. B.; FELDMAN, J. L. Updated recommendations from the world professional association for transgender health standards of care. **American family physician**, v.87, n.2, p.89, 2013.

DIETZ, E.; HALEN, J. How Should Physicians Refer When Referral Options Are Limited for Transgender Patients? **AMA Journal of Ethics**, v.18, n.1, p.1070-1078, 2016.

FARJINEER, A. Body, rights and comprehensive health: Analysis of the parliamentary debates on the Gender Identity and Assisted Fertilization Laws (Argentina, 2011-2013). **Salud Colectiva**, Lanús, v.11, n.3, p.351-65, Sept, 2015.

HENDERSON, H. J. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v.35, n.1, p.49-52, 2009.

KANO, M.; SILVA-BAÑUELOS, A. R.; STURM, R.; WILLGING, C. E. Stakeholders' Recommendations to Improve Patient-centered "LGBTQ" Primary Care in Rural and Multicultural Practices. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v.29, n.1, p.156-160, 2016.

LAW, M.; et al. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's sex experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. **BMC family practice**, v.16, n.1, p.175, 2015.

MATTHEWS, D.D.; LEE, J. G. A profile of North Carolina lesbian, gay, and bisexual health disparities, 2011. **American journal of public health**, v.104, n.6, p.e98-e105, 2014.

PALFREY, J. Conscientious Refusal or Discrimination against Gay Parents? **AMA Journal of Ethics**, v.17, n.10, p.897-903, 2015.

PETROLL, A. E.; MOSACK, K. E. Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. **Sexually transmitted diseases**, v.38, n.1, p.63, 2011.

SELL, R. L.; HOLLIDAY, M. L. Sexual orientation data collection policy in the United States: public health malpractice. **Am J Public Health**, v.104, n.6, p.967-9, 2014.

SMITH, D.K.; MENDONZA, M. C.; STRYKER, J. E.; ROSE, C.E.

PrEP Awareness and Attitudes in a National Survey of Primary Care Clinicians in the United States, 2009-2015. PLoS One, v.11, n.6, p.e0156592, 2016.

**CENTRO DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO: VISIBILIDADE DO
TRABALHO DO ENFERMEIRO**

ISMAEL MORON DE SOUZA REINHARDT¹; ROSEMARY DA SILVA
SILVEIRA²; MARINA LANDARIN SANCHEZ³; NAIANE GLACIELE DA COSTA⁴;
VALÉRIA LERCH LUNARDI⁵; JOEL ROLIM MANCIA⁶.

¹Universidade Federal do Rio Grande – ismael.mdsr@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande – anacarol@mikrus.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande - marinal.sanchez@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal de Santa Maria – naianeglaciele@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande – vlunardi@terra.com.br

⁶Universidade do Vale do Rio dos Sinos – joelmancia@uol.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As características do processo de trabalho do Centro de Materiais e Esterilização (CME) vêm se modificando perante a opinião dos profissionais de saúde (TAUBE et al., 2008). Assim, reforça-se a importância de o próprio enfermeiro compreender os elementos de seu processo de trabalho no CME, fator fundamental para que conheça e valorize seu fazer.

As atribuições do enfermeiro no planejamento, coordenação, execução e supervisão da equipe é fundamental na qualificação do CME, de modo a garantir a eficácia dos processos e contribuir para a prevenção de infecções hospitalares (OURIQUES; MACHADO, 2013).

Objetivou-se conhecer a percepção de enfermeiros acerca da visibilidade do trabalho do enfermeiro no Centro de Materiais e Esterilização.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva com dezessete enfermeiras de um hospital filantrópico do sul do país. A coleta dos dados foi realizada de outubro a dezembro de 2014 através de entrevista semi-estruturada. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética sob o parecer 159/2014. Os dados foram analisados conforme a análise textual discursiva, seguindo a organização em quatro focos: desmontagem dos textos; estabelecimento de relações; captando um novo emergente e processo auto organizado (MORAES; GALIAZZI, 2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciou-se que existe pouca visibilidade acerca das atividades específicas do enfermeiro no setor, devido à pouca divulgação do trabalho do enfermeiro no CME e a ausência de conhecimento dos profissionais externos. A dificuldade que alguns enfermeiros demonstraram em manifestar seu entendimento acerca do trabalho do enfermeiro no CME pode estar atrelada à ausência de percepção da complexidade das atividades que envolvem o processamento de materiais durante a graduação.

Do mesmo modo, o fato do trabalho desenvolvido no CME depender de outros serviços de apoio para ser concretizado e também a ausência de critérios de seleção dos trabalhadores, bem como, a insuficiente compreensão da importância do trabalho do enfermeiro do CME para a promoção da assistência de enfermagem ao paciente constituem-se em fatores que dificultam o reconhecimento e a visibilidade do trabalho desenvolvido no CME. Foi possível evidenciar que a organização do trabalho e a presença de rotinas no setor são fatores que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro do CME.

O desconhecimento do trabalho do enfermeiro no CME pode estar atrelado ao CME ser um setor fechado, com pouco contato com outros profissionais e ausência de contato com pacientes, prejudicando a comunicação externa e a visibilidade do seu trabalho.

A percepção acerca do valor negativo dado a esse trabalho por outrem foi expressa pelos enfermeiros do CME convergindo com os achados de uma pesquisa (BARTOLOMEI; LACERDA, 2006), a qual evidenciou que apesar dos enfermeiros do CME valorizarem positivamente seu trabalho, julgam que externamente ele não é valorizado e reconhecido.

A falta de reconhecimento da importância do fazer desenvolvido pelo enfermeiro no CME pode estar relacionada à dificuldade existente na formação profissional acerca da aplicabilidade dos conteúdos teóricos sobre a importância das suas ações para a prevenção do controle de infecções hospitalares (JERICÓ; CASTILHO, 2010), ou falta amadurecimento ao estudante em perceber que o cuidar em enfermagem pode ser realizado através do processamento de materiais.

Mostra-se necessário que o enfermeiro se valorize e evidencie seu trabalho como elemento fundamental para o alcance do resultado do trabalho na unidade e sua relevância para o cuidado em saúde (MARTINS et al., 2011).

A visibilidade do trabalho do enfermeiro é prejudicada por fatores cuja resolutividade não depende apenas do enfermeiro do CME, mas também dos serviços de apoio, como a quantidade insuficiente de materiais e de roupas cirúrgicas que, diante da grande demanda de cirurgias, podem levar à suspensão das mesmas.

A atuação do enfermeiro em uma área de trabalho não assistencial ainda é um grande desafio ao enfermeiro do CME, pois o cuidado indireto é menos valorizado. Essa fragmentação também se deve à alta rotatividade dos membros da equipe de enfermagem.

4. CONCLUSÕES

O CME é um setor essencial para a realização de procedimentos em saúde, e o gerenciamento realizado pelo enfermeiro neste serviço é fundamental para a organização do setor, da equipe de trabalho e da qualidade do material distribuído, porém há pouca visibilidade do trabalho do enfermeiro, influenciada por fatores internos e externos.

Considera-se relevante que a sociedade saiba que existem enfermeiros trabalhando nesta área, com a missão de contribuir com os cuidados em saúde. Para tanto, os enfermeiros do CME necessitam mostrar a importância de seu fazer para consolidar a sua visibilidade institucional e social, além do reconhecimento de uma área da enfermagem ainda pouco difundida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTOLOMEI, S. R. T.; LACERDA, R. A. O enfermeiro da central de material e esterilização e a percepção do seu papel social. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 2 p. 258-65, 2006.

JERICÓ, M. C.; CASTILHO, V. Gerenciamento de custos: aplicação do método de custeio baseado em atividades em Centro de material esterilizado. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 745- 52, 2010.

MARTINS, V. M. F. et al. Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de Hospital escola. **Rev. Esc. Enferm**, v. 45 n. 5, p. 1183-90, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. D. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: UNIJUÍ, 2011.

OURIQUES, C. M.; MACHADO, M. E. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p; 695-703, 2013.

TAUBE, S. A. M. et al. Processo de trabalho do enfermeiro na Central de Material e Esterilização: percepção de estudantes de graduação em enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 558-64, 2008.

**TÉCNICA DE GRUPO FOCAL NA PESQUISA EM ENFERMAGEM:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LISA ANTUNES CARVALHO¹; NARA JACÍ DA SILVA NUNES ²

¹ *Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem/ UFPEL. Professora Assistente da Graduação e Pós graduação em Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Pelotas – prof.lisaantunescarvalho@gmail.com*

² *Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem UFPEL – njnunes2015@gmail.com*

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A técnica de grupo focal consiste em buscar informações não de um indivíduo, mas em um grupo já existente ou formado especificamente para um período destinado à coleta de dados, em torno de um interesse relacionado ao tema da investigação. Assim, o grupo focal oportuniza ao pesquisador o conhecimento de atitudes, comportamentos e percepções dos sujeitos pesquisados (LEOPARDI, 2001; MEIER; KUDLOWIEZ, 2003). O método favorece ainda a comunicação entre os participantes, devido ao estímulo de terem que falar uns com os outros, e a partir desta interação, auxilia o pesquisador a compreender o processo grupal, examinando as diferentes análises das pessoas em relação a um tema (KITZINGER, 2009; KITZINGER; BARBOUR, 1999).

Em uma revisão integrativa sobre o método de coleta, pode-se verificar que, em pesquisas na área da Enfermagem, o grupo focal favorece a percepção de práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam na saúde e na doença (BUSANELLO, et al; 2013). Apesar do uso desta técnica ser relativamente nova no campo científico da enfermagem os grupos focais foram criados em 1940, visando investigar as reações às propagandas e transmissões de rádio durante a Segunda Guerra Mundial. Denominadas como entrevistas focais e aliadas aos métodos quantitativos (BARBOUR, 2008).

A escolha da técnica de grupo focal para coleta de dados deve ser direcionada em se manter o rigor metodológico, articulado com a sensibilidade e compromisso do investigador para atuar junto a grupos de modo geral (THOFEHRN, et al, 2013). Diante do exposto, este resumo teve como objetivo relatar a experiência da aplicação da técnica de grupo focal para produção de dados em pesquisa qualitativa que originou uma dissertação de mestrado.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da utilização da técnica de grupo focal como método de coleta de dados de uma pesquisa de Pós-graduação, nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, no período de 2014 a 2016. A pesquisa da qual foi

elaborado esse relato teve uma abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, e teve o objetivo de ressignificar a Teoria dos Vínculos Profissionais Saudáveis.

Fizeram parte desta, 8 enfermeiras de um Hospital Geral no sul do Rio grande do Sul, as informações foram coletadas por meio da técnica de grupo focal que contou com a participação da mediadora e duas observadoras que utilizaram um gravador e diário de campo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por ter sido um estudo qualitativo, com referencial construtivista, que objetivou ressignificar o tema do estudo, o grupo focal contemplou os objetivos pretendidos. Para a operacionalização da técnica construiu-se um cronograma das atividades que foram desenvolvidas junto aos participantes da pesquisa.

Santos, Silva e Jesus (2016) defendem que Grupo focal é uma técnica de pesquisa formulada especialmente numa abordagem qualitativa, se utiliza das interações pessoais em forma de grupos para a coleta e análise dos dados. Segundo as autoras permite aos entrevistados exporem suas ideias e estabelecerem opiniões sobre o tema pesquisado, possibilitando o aprofundamento do tema, ou a descoberta de algo que esteja sendo objeto de investigação.

Os encontros para realização dos grupos focais foram em uma sala reservada no interior da Instituição, local do estudo, o que permitiu a discrição dos encontros, por estar localizada fora da área de circulação comum. Foram pactuados os dias e horários em que todas puderam participar, ao total foram realizados 5 (cinco) encontros, que tiveram uma duração média de uma hora e meia.

A técnica de grupo focal para a coleta de dados proporcionou uma abertura maior entre o grupo, permitindo discussões mais profundas. Através das reflexões construídas pode-se fazer um aprofundamento nas discussões sobre o objeto de estudo e formação de novas ideias e estratégias para os problemas levantados. Associado ao método, o referencial teórico escolhido, favoreceu uma pausa internalizadora a respeito das questões discutidas nos encontros anteriores, percebida como uma etapa importante para assimilação das ideias, e reflexão sobre o conteúdo, o que enriqueceu os demais encontros.

A experiência quanto a escolha deste método de coleta de dados permitiu conhecer a percepção de cada pessoa dentro de um grupo, bem como das percepções do grupo em si, tornando uma experiência enriquecedora para as autoras desta reflexão, que atuaram como pesquisadoras. Com isso, as construções coletivas proporcionaram uma visão aprofundada sobre o tema em questão.

Para Busanello et al, (2013) o método gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo, buscando compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais e entender práticas cotidianas, ações reações a fatos e eventos.

Foram experienciados diversos desafios na aplicabilidade da técnica, para que esta fosse desenvolvida com o rigor científico que lhe é exigido. Tais como: conseguir fazer o agendamento dos encontros de modo que todos os

participantes conseguissem estar no mesmo dia e horário pactado; observar o comportamento de todos os sujeitos em determinado momento da discussão, assim como, suas reações às opiniões opostas; instigar novas ideias; motivar as pessoas a aprofundar o tema e expor seu ponto de vista; não direcionar as respostas do grupo e sim mediar as discussões, sem perder de vista o objetivo do estudo. Estes desafios serviram como estímulo para o bom uso da técnica durante a pesquisa, promovendo um olhar crítico sobre as relações grupais e sua interrelação com o objeto de estudo.

4. CONCLUSÕES

A escolha da técnica de coleta de grupo focal, na pesquisa mencionada, foi fundamental para o sucesso da discussão dos resultados encontrados, pois permitiu a emergência de pontos de vista e questionamentos significativos. Considerou-se a técnica de grupo focal um instrumento enriquecedor pois desvelou as percepções coletivas sobre o objeto de investigação. Portanto, faz-se necessário aprimorar o entendimento acerca da utilização do método, tanto isoladamente, como auxiliar de outros métodos de coleta de dados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed. 2008

BUSANELLO, J. et al. Grupo Focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enferm**. 2013 Abr/Jun; 18(2): 358-64.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2009

KITZINGER, J; BARBOUR, RS. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: KITZINGER J, BARBOUR RS, organizadores. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London (UK): Sage; 1999. p.1-20.

LEOPARDI, M.T; BECK, CLC, NIETSCHE, E.A; GONÇALVES, R.M.B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

MEIER, MJ; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto Contexto em Enfermagem** (Florianópolis, SC) v.12, n.3, 2003.

SANTOS, RC S; SILVA, ACT; JESUS, MP. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em educação: aspectos éticos e epistemológicos. Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional. Acessado em 20 de agosto de 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope>.

THOFEHRN, MB, MONTESINOS, MJL, PORTO, AR, AMESTOY, SC et al. Grupo focal: uma técnica de recogida de datos en investigaciones

cualitativas. **Index de Enfermería** (edición digital) 2013,22(1-2). Disponível em: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/7891>

**PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL PARA MANEJO DA DOR E
ESTRESSE DE NEONATOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA
PESQUISA-AÇÃO**

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE¹; ETIENE LETICIA LEONE DE
MORAES²; CAMILA CARLA DE PAULA LEITE³; FRANCIELE ROCHA⁴

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – marciahelenafreire@gmail.com

²Enfermeira Neonatal. Hospital Infantil Waldemar Monastier. Campo Largo – PR. Mestre pelo
Programa de Mestrado Profissional UFPR – etieneleticia@hotmail.com

³Enfermeira Neonatal. Maternidade Bairro Novo. Curitiba – PR. Mestrado Profissional UFPR –
camilacpleite@hotmail.com

⁴Enfermeira Neonatal. Hospital Infantil Waldemar Monastier. Campo Largo – PR. Mestranda
Profissional UFPR – fran1201@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Para os cuidados e sobrevida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal os recém-nascidos (RN) são expostos diariamente a inúmeros procedimentos dolorosos e estressantes, para fins diagnósticos e terapêuticos. Em Paris, um estudo com 430 RN de 13 UTI Neonatais, de 24 a 42 semanas de idade gestacional, hospitalizados durante 14 dias, evidenciou 115 procedimentos, dolorosos e estressantes, por recém-nascido, com média de 16 procedimentos-dia (CARBAJAL et al., 2008). Estudo inglês apontou que os RN passaram por 8 procedimentos dolorosos-dia, nos primeiros 7 dias, e 68 nos primeiros 14 dias (BRITTO et al., 2014). Já no Brasil, São Paulo, estudo em UTI Neonatal mostrou que os RN foram submetidos a 6,6 procedimentos invasivos por dia (SPOSITO, 2016). Alguns destes estudos sugerem que parte da morbidade dos RN pode ser atribuída às injúrias no desenvolvimento cerebral advindas da estimulação estressante do ambiente intensivo. Pois, os RN enfrentam múltiplas adversidades físicas e privação materna, com restrições de contatos prazerosos, como o “pele a pele” e a amamentação, e podem ser desencadeadas sequelas incapacitantes, doenças crônicas, dificuldades de aprendizado, entre outras (CARBAJAL et al., 2008; BRUMMELTE et al., 2012). É notável nas instituições de saúde a ausência de protocolos baseados em evidências para o adequado manejo da dor e estresse neonatal. Nesta perspectiva, o protocolo, como rotinas de cuidados e das ações de gestão, elaboradas com embasamento científico, atualizado por profissionais experientes e especialistas da área, tem como objetivo orientar fluxos, condutas e, procedimentos clínicos aos profissionais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). A dificuldade na avaliação e tratamento da dor configura-se como uma grande preocupação dos pesquisadores, nacionais e internacionais, e dos profissionais da área. Assim, o objetivo foi *desenvolver um Protocolo Multiprofissional para Manejo da Dor e Estresse do Neonato em UTI, com base em evidência e participação ativa da equipe neonatal de hospital infantil público, no estado do Paraná.*

2. METODOLOGIA

O estudo integra um projeto temático, e foi desenvolvida uma intervenção com base em referencial metodológico da Pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011), contou com três fases, que contemplaram as 12 Etapas de Thiollent (2011), a saber: **Fase I** – etapas 1, 2, 3, 7 e 8; **Fase II** – etapas 4, 5, 6, 9 e 10; **Fase III** – etapas 11 e 12. Foi aprovado pelo CEP, em 01 de julho de 2016, Parecer CEP/SD/UFPR 1.618.264, e CAAE nº 56162516.4.0000.0102. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2016 até julho de 2017, após a assinatura do TCLE por cada entrevistado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na **Fase I** aconteceu a *caracterização dos conhecimentos e práticas da equipe multiprofissional no manejo da dor e estresse neonatal*, mediante um questionário semi-estruturado aplicado para todos os profissionais de saúde (n=65) atuantes na UTI Neonatal. Além dos dados de identificação dos entrevistados, observou-se quanto aos aspectos relativos aos conhecimentos e práticas, que todos os profissionais de saúde concordaram com a afirmativa de que o RN sente dor, entretanto na prática profissional, a dor não é rotineiramente verificada como 5º sinal vital. Não souberam relatar o nome da escala utilizada para avaliação da dor, 44,6% dos entrevistados. Dentre as medidas não farmacológicas as mais citadas foram a contenção (26,2%) e a sucção não nutritiva (23,1%). Apontando para insuficientes conhecimento e práticas de adequado manejo da dor e estresse no RN.

Para a **Fase II** - *A teoria como estratégia para embasamento da práxis*, foram discutidos os resultados da primeira fase em cinco oficinas multiprofissionais, com embasamento teórico sobre os aspectos fisiológicos, de manifestação, de avaliação e tratamento - farmacológico e não farmacológico – da dor, a saber: A dor dos RN em UTI Neonatal; A linguagem da dor nos RN; Escalas para avaliação da dor neonatal; Métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor neonatal; Carga sensorial relacionada aos procedimentos realizados na UTI Neonatal.

E, na **Fase III** - *Elaboração do Protocolo e Implementação das ações*, foi elaborado e consolidado, em duas oficinas, o Protocolo para o Manejo da Dor e Estresse na UTI Neonatal. Pimenta et al. (2015) ressaltam a importância da validação do protocolo pelos profissionais que o utilizarão, para que seja aceito e incorporado no processo de trabalho. Os autores sugerem a inclusão destes profissionais na elaboração do instrumento.

4. CONCLUSÕES

O referencial metodológico de Thiollent foi aplicado com êxito, com suas 12 Etapas organizadas em três fases, culminando com o desenvolvimento do Protocolo para Manejo da Dor e Estresse do Neonato na UTI Neonatal. O Protocolo constituiu-se uma inovação tecnológica do cuidado, prevê a melhoria das práticas assistenciais no espaço hospitalar da investigação, e é reprodutível.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITTO, C.D. et al. PAIN—Perception and Assessment of Painful Procedures in the NICU. **Journal of Tropical Pediatrics**, v.60, n.6, p. 422-427, 2014.
- BRUMMELTE, S. et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. **Annals of neurology**, v. 71, n. 3, p. 385-396, 2012.
- CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**, Chicago, v.300, n.1, p.60-70, 2008.
- PIMENTA, C.A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.
- SPOSITO, N.P.B. **Prevalência e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo longitudinal**. São Paulo, 2016. 115p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez; 2011.
- WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

**PROCESSO DE TRABALHO E IMPACTOS NA SAÚDE DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO SUL**

LAINÉ BERTINETTI ALDRIGUI¹; VANDA MARIA DA ROSA JARDIM²; SONIA
REGINA DA COSTA LAPISCHIES³; PALOMA SOUSA LORENZATO⁴;
MARIANA DIAS DE ALMEIDA⁵; CARLOS DOS SANTOS TREICHEL⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – lainebertinetti@outlook.com

²Universidade Federal de Pelotas – vandamrjardim@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – sonia_lapisx@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – palomalorenzatopel22@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – almeidamarianadias@gmail.com

⁶Universidade Estadual de Campinas – carlos-treichel@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde propõe a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a expansão, consolidação e qualificação da atenção básica. As equipes de ESF são constituídas por profissionais com formação formal na área da saúde acrescidas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que residem na comunidade em que atuam (BRASIL, 2012).

De acordo com Alcântara e Assunção (2016) o campo de atuação desse profissional permeia entre o saber científico e o construído pela experiência o que faz reduzir as fronteiras entre o usuário e a equipe de saúde. No entanto, ao exercer suas atribuições, o ACS entra em contato com as diversas formas de sofrimento o que pode trazer conflitos e desgaste emocional. A proximidade com a comunidade ao mesmo tempo em que traz aberturas para o trabalho, também suscita sentimentos de impotência e, muitas vezes, o sofrimento psíquico vivenciado nas relações de poder são inerentes às condições de trabalho (SANTOS et al. , 2017).

Este resumo tem por finalidade apresentar a pesquisa intitulada “Processo de trabalho e seus impactos na condição de saúde de agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul”⁴ a qual objetiva conhecer o processo de trabalho e seus impactos na vida e produção dos ACS no Sul do Brasil. O referido estudo tem o potencial de fornecer subsídios ao planejamento e gestão de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. METODOLOGIA

A pesquisa supracitada obteve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 51684015.1.0000.5316. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, realizado entre os meses de março de 2016 a abril de 2017, com ACS de 21

⁴ Processo de trabalho e seus impactos na condição de saúde de agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul.

Código de aprovação COCEPE 8229. Cordenação: Vanda Maria da Rosa Jardim

municípios pertencentes a 21ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados foi realizada em encontros agendados com as Secretarias Municipais de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de lotação dos ACS. Ocorreram um a dois encontros nos municípios de pequeno e médio porte e em dois municípios maiores os encontros foram realizados em cada UBS. Os encontros foram conduzidos por oito coletadores previamente capacitados.

Os participantes, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam o questionário estruturado autoaplicado que abordou questões de perfil do trabalhador, processo de trabalho, satisfação com o trabalho, sobrecarga e saúde do trabalhador.

O controle de qualidade ocorreu através de checklist ao final da aplicação do questionário e na duplicação de 5% das entrevistas. Após codificação, os questionários serão duplamente digitados no banco de dados da pesquisa na Faculdade de Enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo, encontra-se em fase de codificação dos instrumentos e início da construção do banco de dados. No período de coleta de dados 767 ACS estavam em atividade na 21ª Região de Saúde, dos quais 598 ACS participaram do estudo.

A maioria dos ACS não entrevistados eram do sexo feminino, 88,96%. Entre os motivos da não participação 29,27% não compareceram ao encontro marcado, 23,17% em licença saúde, 10,96% em férias; 10,96% em licença maternidade, 9,15% em período de atestado, 6,1% recusaram, 4,27% folga no dia, 4,27% em consulta e 1,24% afastados do trabalho por outros motivos, totalizando 97,04% dos não respondentes (N=164).

Por ocasião da coleta de dados foi possível observar, pelas expressões e falas dos participantes o impacto do trabalho na vida dos ACS.

Estudos vem apresentando resultados importantes em relação aos desfechos que serão analisados nesta pesquisa. Araujo, Oliveira e Godoi (2015) identificaram que a sobrecarga de atividades, o salário, as condições de trabalho e a insatisfação no emprego estão afetando o rendimento e o melhor desempenho dos ACS; evidenciaram também, que o estresse e a sobrecarga de trabalho, assim como, a desvalorização e a insatisfação com a questão salarial estão diretamente ligados à Síndrome de Burnout.

Foi identificado que o cotidiano de trabalho pode afetar de forma negativa a saúde dos ACS, implicando em maior prevalência de transtorno mental comum (TMC) (SANTOS et al., 2017), estando associado à demanda psicológica no trabalho e ausência de treinamento (LOPES et al., 2012). O trabalho do ACS possui uma dimensão insalubre, geradora de sofrimento o que parece constituir um paradoxo, afinal, o ACS é um cuidador que também requer cuidados (SANTOS et al., 2017).

Este estudo pretende analisar e discutir aspectos da produção da Atenção Básica, tanto do ponto de vista de sua qualidade, como de satisfação e de saúde dos trabalhadores envolvidos.

4. CONCLUSÕES

Espera-se que os achados do presente estudo possibilitem aperfeiçoar o modelo de atenção em saúde, assim como, contribuir no processo de avaliação da atenção em saúde, a fim de qualificar a gestão e o cuidado prestado pelo SUS aos seus usuários.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, M. A.; ASSUNÇÃO, A., A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saude Ocupacional**,v. 41, n. 2, p. 1-11, 2016.

ARAUJO M., A., N; et al. Síndrome de burnout e a relação com o estresse laboral em agentes comunitários de saúde. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 4,p. 8097-8102, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012, 110p.

LOPES, D., M., Q., L.; et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012.

SANTOS, A.; M., V.,S.; et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 160-168, 2017.

**A PERCEPÇÃO DE SI NO ESPELHO DAS PALAVRAS: A
HERMENÊUTICA E NARRATIVA COMO RECURSOS AVALIATIVOS**

Luana Ribeiro Borges¹; Rosana Teresa Onocko Campos²

¹Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana – luanaborges@unipampa.edu.br

²Universidade Estadual de Campinas – rosanaoc@mpc.com.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre a experiência de uma pesquisa que adotou a hermenêutica e a narrativa como recursos de análise acerca da utilização da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como instrumento de educação. Essa teve como objetivo verificar a capacidade formativo-reflexiva que esse dispositivo potencializaria em trabalhadores operadores dos grupos de intervenção GAM (GI's) de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). E trará para análise as contribuições dessa abordagem metodológica para pesquisa avaliativa e participativa no campo da saúde.

A GAM é uma resposta a utilização pouco crítica dos psicotrópico e a total desconsideração do caráter simbólico desse uso (RRASMQ, 2006), representando um caminho de abertura ao diálogo e a cogestão do cuidado em saúde mental. Neste sentido, a fim de verificar o caráter interventivo desse dispositivo, e sua capacidade de tornar-se intercessor para reflexão do trabalhador acerca das sua prática de cuidado em saúde mental, adotou-se a narrativa como marcador temporal.

Assim, fixamos a experiência vivida no mundo do texto possibilitando com isso um reencontro futuro entre o narrador e a própria história, em uma perspectiva hermenêutica. Essa forma de se colocar frente ao objeto fundamenta a avaliação de quarta geração, também conhecido como construtivista.

Esse tipo de avaliação sustenta que existam múltiplas realidades socialmente construídas através consensos provisórios entre os participantes (GUBA e LINCOLN, 2011, p.19). Portanto, toda compreensão é hermenêutica e deve ser entendida como um exercício interpretativo um movimento circular em busca de preencher as lacunas, em uma dialética mediada pela interrogação (GADAMER, 2003). Adotar a narrativa pode ser um caminho na busca da compreensão do ser no tempo (RICOUER, 2011).

2. METODOLOGIA

Este estudo hermenêutico-narrativo de caráter qualitativo fundamentou-se no tripé avaliação, participação e intervenção e teve como sujeitos-participantes trabalhadores de uma rede de assistência à saúde mental. Teve como amostra 17 trabalhadores operadores GAM distribuídos em 9 GI's, sendo 4 em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 em Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS). Os encontros foram semanais e duração média de 7 meses entre 2011 e 2012.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com duração média de uma hora, com os operadores antes (T_0) e depois (T_1) dos GI's. O material foi transformado em narrativa (T_0) através da extração dos núcleos argumentais, e validado por pesquisadores diferentes. Esta foi utilizada como mediadora do discurso na entrevista (T_1), que por sua vez passou pelo mesmo processo resultando em uma Metanarrativa conforme Figura 1, base de análise para este estudo.

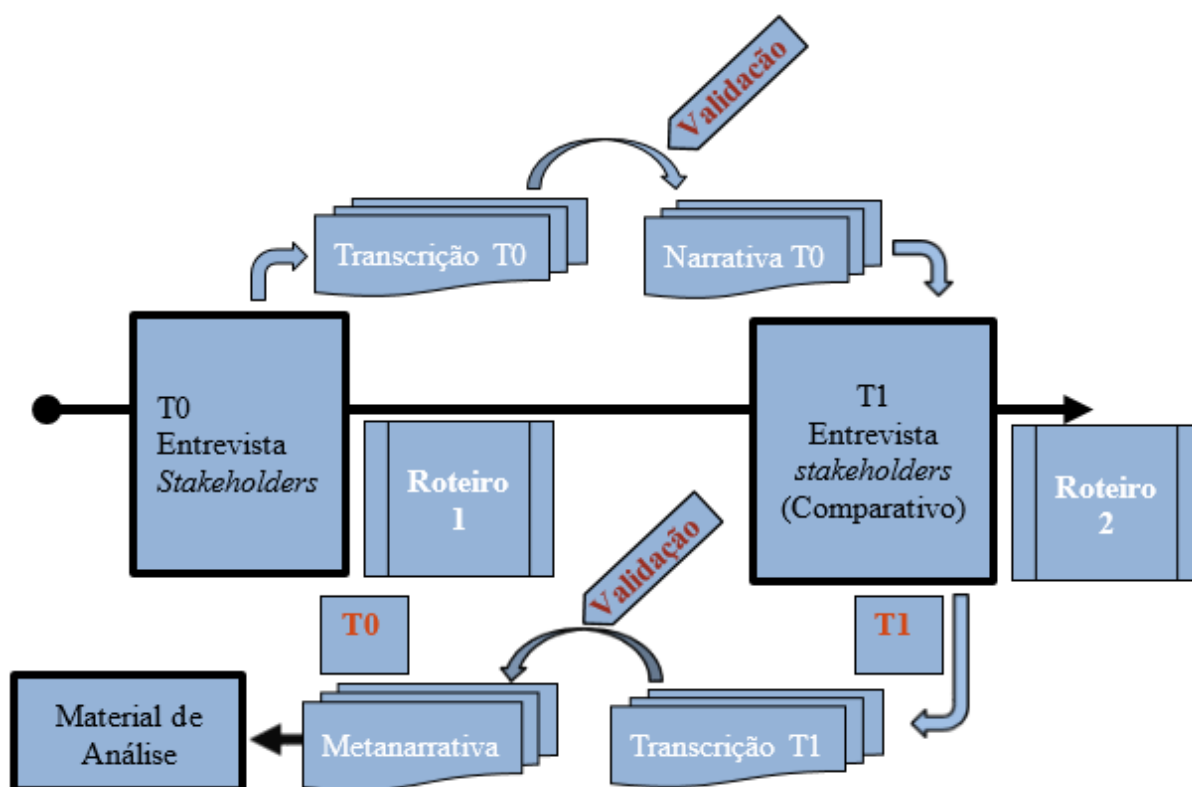


Figura 1- Método de colheita e análise de dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao utilizarmos o dispositivo de narratividade como estratégia de reflexão, os indivíduos teceram considerações sobre si e sobre o mundo, ao passo que dialogavam sobre a estratégia de GAM e o processo de empowerment dos usuários, como fica evidenciado na fala abaixo:

“Você tem que continuar tomando a medicação”(T₀)- Nossa Senhora! Infelizmente, eu realmente disse isso. Fica claro que, nos empoderamos do que a profissão nos traz para agirmos com opressão sobre o usuário, falamos ‘ah, você tem autonomia’, mas na verdade ‘você tem autonomia, até onde EU quero que você tenha!’ (T₁) [O₃].

A trabalhadora alerta para uma constância na inter relação usuário-trabalhador-serviço, evidenciando que ainda é possível habitar lugares de controle e assumir posturas restritivas das possibilidades de ser, mesmo fora das instituições totais. Essa percepção vai ao encontro das expectativas de intervenção da GAM, que se pretende um tensionador das relações de poder

(ONOCKO-CAMPOS et al, 2012) e uma como ferramenta propulsora de debate ao possibilitar aos usuários acesso à informação e uma nova posição no diálogo, favorecendo seu *empowerment*. Essa abordagem faz uma convocação para reavaliação das práticas de cuidado no campo da saúde mental, suas hierarquias e cristalizações (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Poder se revisitar por intermédio da narrativa de si, associada a uma experiência que se propõe dispositivo indutor de modalidades relacionais, como os GI's, pareceu conduzir o trabalhador a um processo de crítico-reflexivo sobre si e sobre o outro. Vimos, emergir ainda um movimento de abertura para o encontro e o diálogo no qual é possível reconhecer a legitimidade do saber da experiência, a autonomia e o direito dos usuários.

4. CONCLUSÕES

A adoção da narrativa como estratégia de intervenção se mostra potente à medida que através dela é possível fixar a experiência viva no tempo e na história e possibilitar ao sujeito se reencontrar com seu discurso. Além disso, pode representar um momento privilegiado de colocar em questão sua identidade e os sentidos de mundo criados por eles.

Deste modo, o reconhecimento de si a partir da relação com o outro se torna fator principal de mutação e subversão de uma ordem estabelecida, uma vez que as mesmas lentes que nos conduzem ao entendimento do outro evidenciam o que, do outro, reside em nós.

É essa possibilidade de fechamento e de abertura que a identidade narrativa sugere. É a potência de ser utilizada como estratégia de pesquisa e também de intervenção. Ela parte do pressuposto de que toda história pode ser recontada, e esse recontar que a história se permite gera um paradoxo, pois a cada conto ela muda, ainda que tentemos mantê-la, mas ao mesmo tempo ela continua a despeito de nosso desejo de mudá-la.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GADAMER, H.-G. **O problema da consciência histórica**. 2. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. 318.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. **Interface**, Botucatu, v.16, n.43, p. 967-980, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2889-2898, 2013.

RRASMQ. **Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale**. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, Québec. 2006. Acessado em 23 de ago. 2017. Online. Disponível em: <http://www.rrasmq.com/>

RICOUER, P. **Hermenêutica e Ideologias**. 2. Petrópolis: Vozes, 2011. 183.

CARTOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO EM ESTUDO DA REDE DE SAÚDE DE SANTA MARIA

**EDUARDA DESCONSI¹; LISIANE BERNHARD HINTERHOLZ²; PATRÍCIA
ALMEIDA³; KARINE LUCERO CARVALHO⁴; LIANE BEATRIZ RIGHI⁵**

¹Universidade Federal de Santa Maria – dudamjp2@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Maria – lisianebh@gmail.com

³Universidade Federal de Santa Maria - patriciamattosalmeida@gmail.com

⁴Universidade Federal de Santa Maria - karine.lucero2016@gmail.com

⁵Universidade Federal de Santa Maria - lianerighi@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As dimensões do desastre da boate Kiss, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, justificam investigar a produção de redes de saúde para enfrentamento dos seus efeitos. Definimos como objeto de pesquisa a rede de saúde produzida em Santa Maria após o desastre na Boate Kiss: principais características antes do desastre, principais mudanças para enfrentar os efeitos do desastre, características da rede quatro anos após o desastre, avaliação de diferentes atores sociais sobre a qualidade da atenção e capacidade de resiliência da rede. Nosso problema de pesquisa está sintetizado na seguinte questão: há características que ampliam, nas redes de atenção à saúde, a capacidade de absorver choques e adaptar-se às mudanças? Trata-se de uma pesquisa qualitativa, avaliativa e participativa. O objetivo deste trabalho é apresentar uma análise das possíveis composições entre os principais referenciais metodológicos da investigação em curso.

2. METODOLOGIA

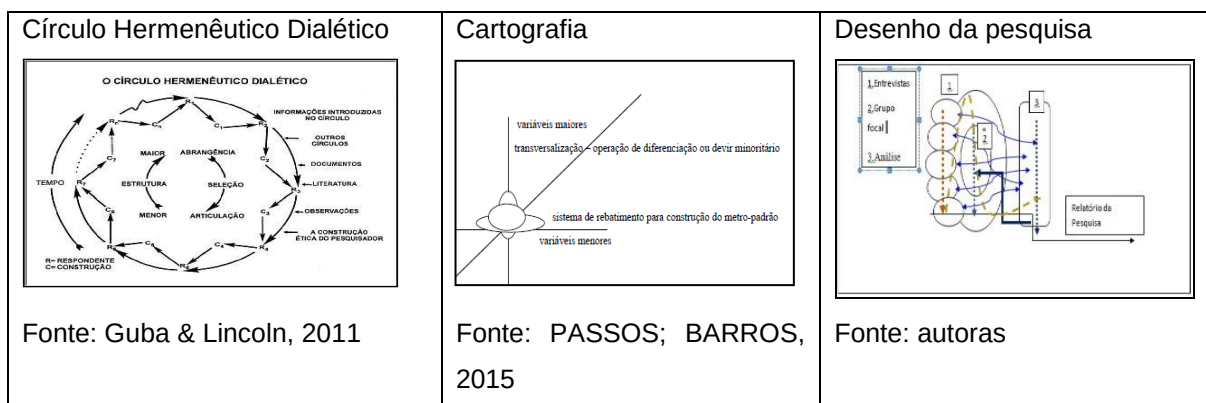
O desenho da pesquisa sustenta-se no conceito de avaliação de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 2011) e na perspectiva do método da cartografia (FRA MAURO IN COWAN, 2000; GUATTARI; ROLNIK, 2011; PASSOS; KRASTRUP; TEDESCO, 2014). Pesquisas reunindo estes dois referenciais são desenvolvidas por diferentes grupos do campo da saúde coletiva brasileira, a exemplo de Campos e Furtado (2011). As principais técnicas de coleta de dados são grupos focais (GF) e entrevistas semiestruturadas (ESE). A pesquisa é constituída por etapas que, em alguma medida, possuem cronograma e características específicas, mas que, não sendo isoladas, tendem a se conectar e sobrepor. Para colheita de dados, foram inicialmente propostos os seguintes passos : a) entrevistas com usuários (Grupo de Interesse 1 – GI 1 – beneficiários); b) análise dos dados GI 1 c) grupo focal com trabalhadores-gestores da Secretaria de Município da Saúde (Grupo de Interesse 2 – GI 2 – representantes 1); d) análise dos dados GI 2; e) Entrevistas com Representantes de outras esferas de gestão (Grupo de Interesse 3 – GI 3 –Representantes 2 ou prejudicados); f) análise dos dados GI 3; g) seminários/oficinas da pesquisa: síntese de reivindicações, preocupações e questões dos diferentes grupos de interesses; h) Análise final; i) Elaboração do relatório. Em função de especificidades da situação em estudo, os grupos

de interesse foram denominados de beneficiários, representantes e prejudicados. A opção pela expressão prejudicados em substituição à expressão vítimas, proposta por Guba & Lincoln, deve-se ao fato de que, neste caso, os beneficiários da ação são as vítimas do desastre.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do conceito de grupos de interesse, identificamos sujeitos, seus vínculos institucionais e buscamos uma primeira aproximação com a categorização da proposta metodológica da Avaliação de Quarta Geração: mapeamos beneficiários, representantes ou prejudicados. Desta forma, no desenvolvimento da investigação haveria uma sequência de entrevistas e grupos focais, seguida da análise e retorno a campo para o trabalho com o grupo seguinte. Neste contexto, o método da cartografia nos alertava sobre a provisoriidade destes mapas, pois “a pesquisa de campo geralmente coloca o cartógrafo diante de um território que ele não conhece e em relação ao qual pretende fazer avançar o entendimento e as práticas de trabalho”.(KASTRUP; PASSOS,2014). Sendo assim, o acompanhamento de percursos, a implicação em processos de produção, as conexão de redes ou rizomas levaria, necessariamente, a uma relativa desestabilização do desenho sustentado na hermenêutica e na dialética. Buscamos composições que considerassem as transversalizações. Reconhecemos que “o trabalho da análise/intervenção desestabiliza a própria noção de campo, já que modula seus limites e configurações” (PASSOS; BARROS, 2015, p20). Esta discussão nos levou à produção de uma proposta de diagrama, com predomínio de linhas curvas e pontilhadas.

Figura I: Possibilidades de acesso ao plano de forças na pesquisa



A proposta de desenvolvimento da pesquisa assume, na perspectiva cartográfica, o “acesso ao plano coletivo de forças” como diretriz principal (KASTRUP; PASSOS, 2014, p205). Esse acesso ao plano de forças moventes exige intervenção e “a intervenção não se dá em um único sentido: é pela importância que assume esta dimensão reticular na experiência clínico-política que a definição do método vai modulando” (PASSOS; BARROS, 2015, p28).

4. CONCLUSÕES

Avaliação de Quarta Geração, Intervenção e método da cartografia não são excludentes, como já demonstraram importantes pesquisadores do campo da saúde mental. Contudo, defendemos que as composições entre círculo

hermenêutico-dialético e a cartografia são singulares a cada investigação. Como partem de referenciais distintos, não são simplesmente complementares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**/Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

COWAN, J. **O Sonho do Cartógrafo**. Meditações de Fra Mauro na Corte de Veneza do Século XVI. Tradução de Maria de Lourdes Reis Menegale. Lisboa: Rocco, 2000.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**/ Félix Guattari, Suely Rolnik. – 11. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**/Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln/tradução Beth Honorato. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

KASTRUP, V; PASSOS, E. Cartografar é traçar um Plano Comum. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S (Orgs). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PASSOS, E ; BARROS, R. B. A cartografia como método De pesquisa-intervenção. In: PASSOS E.; KASTRUP V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

RELAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E USO ABUSIVO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS ENTRE ESTUDANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

NATÁLIA CARDOSO OCÁCIA¹; GABRIELA PEREIRA VASTERS²; CAMILLA
OLEIRO DA COSTA³

¹Universidade Federal de Pelotas - nataliaocacia@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo - gabi_vasters@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas - camillaoleiro@hotmail.com

Eixo Temático: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas, comumente designadas como drogas psicoativas, são as que, quando utilizadas, têm a potencialidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais e podem ser classificadas como estimulantes, depressoras, alucinógenas e opióides (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). O consumo de drogas psicoativas é universal e milenar, sendo consumidas por diferentes povos e culturas, em diferentes contextos, seja por lazer, rituais religiosos, curas ou fins terapêuticos (GABATZ et al, 2013).

O padrão de uso de substâncias psicoativas é determinado pela quantidade de vezes que o indivíduo fez uso em um determinado período de tempo. Conforme a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2014), o padrão de consumo pode variar desde o 'uso na vida' (qualquer uso, inclusive um único experimental) e 'dependência' (conjunto de sinais e sintomas que determinam se a pessoa está dependente da substância).

O ambiente universitário é um facilitador do acesso dos jovens às drogas lícitas e ilícitas e o consumo de drogas aumenta após o ingresso na faculdade, com os índices de abuso de álcool e consumo de drogas ilícitas atingindo valores maiores na população universitária em relação à população em geral (KERR-CORRÊA et al, 1999). Para Silva e colaboradores (2006), universitários que não possuem religião, moram longe dos pais, apresentam mais horas livres e renda familiar alta apresentam consumo mais elevado de substâncias psicoativas, principalmente no último ano de graduação.

O estudo de Lemos e colaboradores (2006) refere que os acadêmicos de cursos da área da saúde, apesar do maior conhecimento sobre os efeitos do álcool e outras drogas no organismo, as utilizam em proporções semelhantes às dos jovens de mesma idade da população geral.

O presente estudo objetivou verificar se ter religião é fator protetivo para uso de substâncias por graduandos em terapia ocupacional da Universidade Federal de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa de caráter descritivo e delineamento transversal. Foram utilizados os questionários ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), de triagem para o uso de substâncias e um questionário para caracterização sociodemográfica.

A coleta dos dados se deu em 26-30 de junho de 2017, nas dependências da universidade e de acordo com os horários disponibilizados pelos professores e dos alunos regularmente matriculados. O preenchimento dos questionários ocorreu após explanação dos objetivos do estudo e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Cada participante recebeu material informativo sobre o uso de substâncias psicoativas, redução de danos e informações sobre atenção especializada para uso abusivo.

Os dados foram transcritos, categorizados e codificados. Após, realizou-se análise estatística através do método de cruzamento de dados que permitiu estabelecer a existência de correlação ou não dos dados obtidos. Ambas as etapas foram feitas no *software* Microsoft Excel. O nível de significância adotado foi de 95%, que segundo Montgomery (2004) é o nível de significância mais utilizado para trabalhos acadêmicos da área da saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos entrevistados 108 alunos entrevistados, 68% afirmam ter religião e, entre estes, 48,6% são católicos, 27,8% são espíritas, 11,1% são evangélicos e 18% são de outras religiões (figura 1).

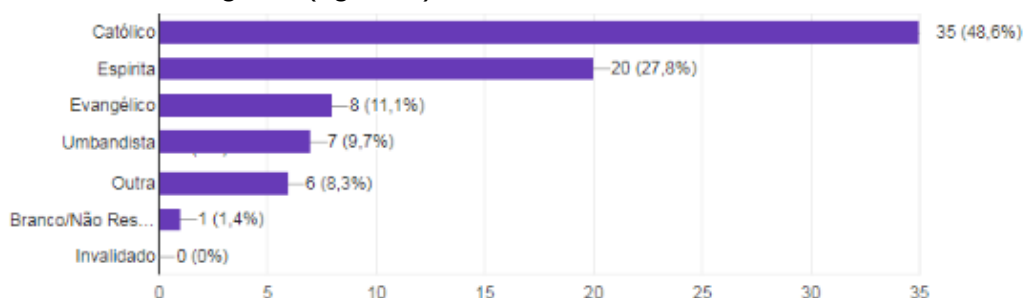


Figura 1 - Relação de entrevistados de acordo com sua religião. Fonte: autora (2017).

Quando correlacionado ter religião ao consumo de substâncias psicoativas antes do ingresso na universidade, 62,5% dos entrevistados que dizem ter religião afirmaram que faziam uso de alguma substância antes do ingresso na universidade, esta porcentagem cai para 54,5% em relação aos que afirmam não ter religião. Quando se compara ter religião a precisar de algum tipo de intervenção relacionado ao uso de álcool, 25,3% dos entrevistados que afirmam ter religião precisam de alguma intervenção e dos que não tem religião 35,3% necessitam de algum tipo de intervenção. Já em relação à maconha, 12,5% dos que afirmam ter religião necessitam de algum tipo de intervenção, assim como 14,7% dos que afirmam não ter religião (quadro 1).

Quadro 1 - Relação entre possuir ou não religião, uso antes do ingresso na universidade e risco para dependência de álcool e maconha. Fonte: autora

	TEM RELIGIÃO	NÃO TEM RELIGIÃO
USO ANTES DO INGRESSO NA UNIV.	62,5%	54,5%
RISCO DE DEPENDÊNCIA PARA ÁLCOOL	25,3%	35,3%
RISCO DE DEPENDÊNCIA PARA MACONHA	12,5%	14,7%

(2017).

Os resultados encontrados referentes à correlação entre maconha e religião condizem com os resultados encontrados por outros autores, como Pavani e colaboradores (2007) que em um estudo sobre a caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, cujos resultados apontam a religião como um fator protetivo para o uso desta substância. Também corroboram com outros estudos de população semelhante, como os de Silva e colaboradores (2006) e de Chiapetti e Serbena (2007) que consideram a religião como fator de proteção para o uso abusivo de substâncias psicoativas.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo permite concluir que, para os participantes do estudo, ter religião foi um fator protetivo para o uso abusivo ou dependência de álcool e maconha, no entanto, não o foi para o uso na vida ou uso recreativo das mesmas substâncias.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Justiça. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C.A.; Uso de Álcool, Tabaco e Drogas por Estudantes da Área de Saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20 (2), 303-313. 2007.

GABATZ, R.I.B. et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc Anna Nery** (impr.). jul-set. 2013.

KERR-CORRÊA, F. et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, n.2, 1999.

LEMONS, K.M. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina de Salvador (BA). **Rev. de Psiqu. Clínica**. 2006.

MONTGOMERY, D.C.; **Diseño y Análisis de Experimentos**. Editora Limusa Wiley. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas.** [tradução Fábio Corregiari]. - São Paulo: Roca. 2006.

PAVANI et al.; Caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.10, n.2:157-167, 2007.

SILVA, L.V.E.R. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública.** 2006.

**GESTÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO EM SAÚDE
MENTAL: CAMINHOS EM CONSTRUÇÃO**

TAMIRES DIEHL¹; SUSIANI DOS SANTOS BORGES²; SAMANTA ANDRESA
RICHTER³; EDEMILSON PICHEK DOS SANTOS⁴; GÍMERSON ERICK
FERREIRA⁵; VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS⁶

¹Faculdades Integradas de Taquara - tamiresdiehl@sou.faccat.br

²Faculdades Integradas de Taquara - susiborges@sou.faccat.br

³Faculdades Integradas de Taquara - samantarichter@sou.faccat.br

⁴Faculdades Integradas de Taquara - edemilson@sou.faccat.br

⁵Faculdades Integradas de Taquara - gimersonferreira@faccat.br

⁶Faculdades Integradas de Taquara - vilmasantos@faccat.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde mental envolve dimensões complexas da atenção em saúde, demandando do enfermeiro, sensibilidade e qualificação específica para atuar neste campo. No contexto das práticas, sabe-se que ainda existem desafios importantes para alcançar a integralidade da assistência, sendo necessário investir em ações que possibilitem rearranjos estratégicos frente às especificidades que o sofrimento mental impõe à gestão dos serviços de saúde e organização das práticas profissionais desenvolvidas (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014; GONÇALVES, 2011).

Neste contexto, é relevante refletir acerca da prática clínica do enfermeiro em Saúde Mental, uma vez que neste âmbito, o viver humano dá-se por meio de ações estruturadas a partir da palavra, do contexto sociocomunitário e do corpo que detém potencial para operar na perspectiva de valorização da autonomia e singularidade (FROSI; TESSER, 2015). Assim, ultrapassam intervenções curativistas e o fazer voltado para o corpo biológico, e requerem ações de gestão específicas a este contexto, as quais considerem a visibilidade necessária a esta atuação.

Entretanto, apesar das fragilidades existentes, a interação entre o cuidado em Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde (APS) é extremamente necessária, pois favorece o alcance da integralidade no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, e possibilita o desenvolvimento de ações em promoção da saúde voltadas para esse âmbito, mediante envolvimento multiprofissional, promovendo novas relações, interações e práticas profissionais (HIRDES, 2015).

A APS constitui espaço privilegiado para o cuidado em saúde mental (AZEVEDO et al., 2015), contudo, desenvolver atividades que a integre com a Saúde Mental, de modo a oferecer intervenções que sejam mais longitudinais em relação ao acompanhamento dos usuários, e voltadas para ações alternativas e prévias às intervenções farmacológicas, não é tão simples (FROSI; TESSER, 2015). Isto exige mais que mudar elementos conceituais do plano teórico, demandando mudanças na prática clínica, mediante novas propostas de ação, bem como transformações práticas no cotidiano de trabalho das equipes, capazes de superar a sensação de incapacidade dos profissionais

em trabalhar com transtornos mentais, fato que dificulta o acolhimento e intervenção por parte da APS (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Deste modo, este estudo tem como objetivo compreender as fragilidades e/ou potencialidades da gestão da prática clínica dos enfermeiros da APS de Taquara/RS no cuidado em saúde mental.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório que se encontra em andamento. O campo empírico do mesmo é um município de 36 mil habitantes, situado no Vale do Paranhana, Rio Grande do Sul, Brasil. Os cenários de estudo compreendem as Estratégias de Saúde da Família (ESF) da área urbana e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Participaram da pesquisa os enfermeiros que atuam nestes cenários, sendo dez enfermeiras vinculadas às ESF, e duas que atuam nos CAPS, uma no CAPS I e que assume a coordenação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e outra no CAPS AD.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas para registro das falas, e posteriormente transcritas na íntegra em forma de texto. Atualmente a pesquisa se encontra nesta fase de desenvolvimento. Os dados estão sendo analisados à luz da proposta metodológica de Minayo (2014) que propõe a utilização do método da Análise de Conteúdo Temática.

A pesquisa integra o projeto matricial intitulado “Gestão da prática clínica na atenção primária à saúde: sistematização e proposições para a qualificação da assistência de enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética da FACCAT sob parecer número 082169/2017. As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e tratamento dos dados, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, para confirmar o aceite de participação no estudo e garantia do anonimato.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados parciais do estudo sugerem que o contexto histórico-social em que se estruturam e se organizam as ações e práticas de Saúde Mental no município sejam centradas na figura do médico, algo que possui raízes culturais históricas e que ainda perdura na atualidade, deixando a figura do enfermeiro a margem da atenção. Reflexo deste contexto é atribuído ao protagonismo que o médico psiquiatra assume na APS do município, tornando-se referência na atuação da equipe no que diz respeito às demandas de saúde mental.

O enfermeiro tem dificuldades de sistematizar as ações assistenciais em Saúde Mental, o que compromete sua prática clínica, e, conseqüentemente, promove a invisibilidade deste profissional em ações deste âmbito. Assim, atribuem dificuldades em gerir a prática clínica em Saúde Mental, à insuficiência das ações de educação permanente voltadas para esta especificidade. Entendem que a formação deve ser uma iniciativa institucional e não uma atitude investigativa incorporada ao seu processo de trabalho,

desvelando certa passividade em aceitar os fatos como estão postos e revelando fragilidades no processo de trabalho político da enfermagem.

Além disso, os participantes, em geral, não compreendem o que se constitui a prática clínica em Saúde Mental, associando as ações desta prática às atuações de outros profissionais, como psiquiatras e psicólogos. Estes resultados são inquietantes para o meio acadêmico, tendo em vista que, o trabalho do enfermeiro é orientado por processos, atribuições específicas e compartilhadas que orientam sua prática clínica nesse cenário (PAULA et al., 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção aos transtornos mentais que se dá na APS vem ao encontro da universalidade da assistência e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, por meio de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde e a corresponsabilização da rede de serviços por estas demandas. O estudo tem reforçado a relevância de pesquisas que se debruçam em estudar como se dá a gestão da prática clínica do enfermeiro em Saúde Mental no contexto da APS, como uma forma de refletir sobre o processo de trabalho deste profissional de forma mais autônoma, qualificada e resolutiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D. M.; et al. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2015.

FROSI, R.V.; TESSER, C.D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p.3151-3161, 2015.

GONÇALVES, D. et al. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. **Ministério da Saúde**: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p.371-382, 2015.

LOPES, P. F.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 780-788, 2014.

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

PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p.454-462, 2014.

SUNDFELD, A. C.. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, v. 20, n. 4, p.1079-1097, 2010.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

**PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE MULHERES
RURAIS**

JAQUELINE SGANZERLA¹; FERNANDA BEHEREGARAY CABRAL²; LEILA MARIZA HILDEBRANDT³; ISABEL CRISTINA PACHECO VAN DER SAND⁴

¹ Curso de Enfermagem Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – jaquesgan@gmail.com

² Curso de Enfermagem Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – cabralfernandab@gmail.com

³ Curso de Enfermagem Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁴ Curso de Enfermagem Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática relacionada à saúde mental de mulheres do campo surge pelo pertencimento de uma das autoras a um grupo de mulheres rurais que integram o Movimento dos Pequenos Agricultores. Além disso, sua trajetória acadêmica possibilitou aproximação uma com as áreas da saúde mental, vulnerabilidade e gênero, pela participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), ênfase na Rede de Atenção Psicossocial, e no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Vulnerabilidade e Cultura (GENVULC).

As mulheres rurais enfrentam dificuldades para acessar bens e serviços indispensáveis como: saúde, educação, direitos trabalhistas e reconhecimento social de sua condição de mulher-trabalhadora rural (BRASIL, 2011). Isso, conjuntamente com as implicações das desigualdades de gênero, contribui para adoecimento no campo da saúde mental. Ademais, a inexistência de políticas públicas que contemplem essa temática de forma integral repercute na ausência de serviços de promoção da saúde mental no campo.

Assim, este resumo traz resultados parciais de pesquisa que objetiva: conhecer os fatores que produzem ou não saúde mental na perspectiva de mulheres rurais.

2. METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que contou com a participação de 20 mulheres rurais, desempenhando ou não atividade agrícola, residentes em comunidade rural de pequeno município do norte do Rio Grande do Sul.

O município, emancipado em 1992, surge do processo de extração de pedras semipreciosas e possui população de 7.323 habitantes, sendo 3.512 residentes no campo, dos quais 1661 são mulheres (IBGE, 2010). Possui três Estratégias de Saúde da Família, um Núcleo de Apoio à Atenção Básica, uma Unidade Regional Especializada em Saúde do Trabalhador, um hospital de pequeno porte e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

As informações, coletadas no domicílio das participantes em 2017 por meio de entrevistas semiestruturadas, estão em processo de análise temática (MINAYO, 2012). O estudo obedece a Resolução nº466/12 (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sessenta e duas famílias compõem a comunidade, que conta com estradas sem pavimentação, acesso à água de poço artesiano e luz elétrica, sem rede de esgoto, com coleta seletiva do lixo quinzenal. As duas igrejas, evangélica e católica, realizam celebrações semanais, oportunizando socialização e convivência. Quanto ao lazer, são realizadas festas religiosas, jogos de futebol (masculino) e o jantar típico italiano. Das ocupações dos moradores destacam-se: produção de uvas, laranjas, pinos e eucaliptos; criação de suínos em sistema integrado com grandes frigoríficos; criação de gado. Há aposentados e pensionistas do INSS, esses últimos em decorrência das doenças do trabalho no garimpo, como silicose.

As participantes foram questionadas sobre sua rotina e suas falas apontam para múltiplas jornadas de trabalho das mulheres do campo. Suas atividades cotidianas são variáveis, algumas são empregadas domésticas, outras funcionárias de uma cooperativa e há aquelas que trabalham na lavoura. Mas todas realizam trabalho braçal e são responsáveis pelo cuidado da casa e de suas famílias, reconhecendo seu dia-a-dia como estressante e com pouco tempo para o autocuidado e cuidado em saúde.

O trabalho feminino no campo é visto como reprodutivo e não gerador de renda financeira direta, o que pode resultar na negação do *status* de trabalhadoras rurais. Em média, essas mulheres trabalham 14 horas diárias, durante seis dias por semana, com redução dessas atividades aos domingos, mas sem férias.

Na agricultura familiar, a organização produtiva baseia-se na divisão sexual do trabalho que, segundo uma lógica de gênero, classifica o trabalho feminino como secundário, reduzindo-as a figura de auxiliar do marido, intensificando vulnerabilidades já existentes e produzindo outras, traduzindo-se em vulnerabilidades de gênero (CABRAL, 2014).

Quanto aos fatores que produzem saúde mental, foi mencionado a crença religiosa como forma de suporte e a participação nos grupos da igreja como espaços de socialização e de lazer.

As participantes reconhecem múltiplos fatores que afetam a saúde mental, com ênfase na sobrecarga de trabalho, no estresse, no nervosismo, na situação financeira do núcleo familiar e, também, no fato de não se sentirem felizes. Um aspecto que chama atenção da pesquisadora principal, especialmente pelo pertencimento ao local do estudo, foi a invisibilidade do uso dos agrotóxicos e sua relação com a saúde, pois não foi identificado como elemento produtor de adoecimento mental, inclusive por aquelas que o utilizam na lavoura.

Os problemas de saúde mental afetam a população do campo e a literatura destaca que uma das causas tem relação com o uso dos agrotóxicos, pois localidades onde ocorre maior consumo de organofosforados há maior prevalência de ansiedade, depressão e esquecimento. Isso ocorre pela inibição da acetilcolinesterase e maior estimulação nas sinapses colinérgicas, gerando alterações no sistema nervoso (SOUZA *et.al.*, 2006).

Dos dados emerge a necessidade de espaços de escuta dessas mulheres, pois há participantes que já vivenciaram algum tipo de adoecimento mental, inclusive com uso de medicação, provavelmente, antidepressiva. Preliminarmente, aponta-se que o acúmulo de tensões geradas nas inter-relações cotidianas e a sobrecarga de trabalho podem produzir mudanças comportamentais e problemas psicoemocionais, com implicações na complexidade da depressão feminina no campo.

O cotidiano dos serviços de saúde precisa considerar as demandas de natureza não biomédica, as quais têm como base processos sociais, relacionais, políticos e culturais nos campos da cidadania, da educação, do transporte, do lazer, etc. (CABRAL, 2014). Tais processos resultam em diferentes condições de desigualdades sociais, as quais podem gerar e/ou potencializar outras vulnerabilidades, como aquelas atinentes à saúde mental

4. CONCLUSÕES

Demandas sutis como a “necessidade de escuta”, captadas em sua expressão singular, precisam ser acolhidas pelos profissionais de saúde em suas práticas de cuidado, inclusive pela enfermagem. Entretanto, problemas de natureza psicoemocional nem sempre surgem como uma demanda espontânea, os quais tendem a ser identificados a partir da vinculação com a população cuidada e, por isso, requerem espaços ampliados de escuta nos atendimentos em saúde.

Recomenda-se esforços da gestão da atenção em saúde para a implementação de consultas de enfermagem em saúde mental e o fortalecimento dos grupos de convivência. Essas estratégias podem reforçar vínculos entre os serviços e a comunidade, gerar novas redes de suporte e socialização, minimizando vulnerabilidades já instituídas e promovendo mais saúde mental.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CABRAL, F. B. **Ciranda de Roses: vulnerabilidades, demandas e necessidades em saúde de trabalhadoras em assentamento rural**. 2014. 327 f. Tese (Doutorado Ciências/Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos: dados gerais do município**, 2010.

MINAYO M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

SOUZA, A.C.D. *et.al.* **Estudo transversal sobre a saúde mental da população rural de duas cidades do Vale do Taquari**. Salão de iniciação Científica UNIVATES. Porto Alegre, RS, 2006.

ASSÉDIO MORAL ENTRE OS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NAIANE GLACIELE DA COSTA GONÇALVES¹; ROSEMARY SILVA DA
SILVEIRA²; EDISON LUIZ DEVOS BARLEM²; ISMAEL MORON DE SOUZA
REINHARDT²; PATRÍCIA TUCHTENHAGEN¹; TAÍS CARPES LANES¹.

¹Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: naianeglaciele@gmail.com.

²Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: anacarol@mikrus.com.br.

²Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: ebarlem@gmail.com.

²Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: Ismael.mdsr@gmail.com.

¹Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: patytuchtuch@yahoo.com.br.

¹Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: taislanes_rock@hotmail.com.

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Assédio moral caracteriza-se como um processo de insultos, ameaças e agressões “contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa”(HIRIGOYEN, 2011), e vem sendo estudado de modo sistemático desde o século XX. Heinz Leymann foi o pioneiro nas pesquisas sobre assédio moral e sofrimento no ambiente laboral em diversas organizações de trabalho na Suécia, disseminando seus estudos desde 1986. Na década de 90, passou a ser conhecido na Europa, com relatos de vítimas maltratadas em seu ambiente laboral (GARBIN e FISCHER, 2012; ZAPF e EINARSEN, 2005).

O assédio moral é uma epidemia silenciosa que minimiza a motivação e a produtividade, sendo a depressão uma das consequências que acomete com maior frequência a saúde dos indivíduos, sendo que, no ambiente acadêmico o assédio moral também se faz presente, no entanto, ainda é incipiente o número de publicações com essa população, em especial na enfermagem, o que justifica a relevância dessa pesquisa.

Nesse interim, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Qual a frequência do assédio moral entre os estudantes de graduação em enfermagem no ambiente acadêmico? A pesquisa teve como objetivo: identificar a frequência do assédio moral entre os estudantes de graduação em enfermagem no ambiente acadêmico.

2. METODOLOGIA

Pesquisa transversal, desenvolvida com 175 estudantes do Curso de Enfermagem de uma universidade pública situada no Sul do Brasil. Adotou-se como critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no Curso de Graduação em Enfermagem da universidade e estar presente no dia da coleta de dados. E, como critério de exclusão: estar afastado do Curso Regime de Exercício Domiciliar.

Para a coleta de dados utilizou-se o “Questionário sobre Maltrato Psicológico na Graduação em Enfermagem”. Para a análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0. A análise dados obedeceu aos pressupostos da estatística

descritiva. A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética (CEPAS nº 156/2015).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudantes afirmam que vivenciaram situações de assédio moral no ambiente de formação acadêmica, durante seis meses e, com uma frequência mínima de, no mínimo uma vez por semana, destacando que não ser cumprimentado (19 estudantes) é a situação que ocorre com maior frequência.

Em relação à avaliação do relacionamento estabelecido com os colegas, os participantes avaliam seu relacionamento como: ótimo (13,1%), bom (18,9%), regular (49,7%), ruim (16%) e péssimo (2,3%). Quando questionados em relação à avaliação do seu relacionamento com os professores, consideram seu relacionamento como: bom (14,9%), regular (60%), ruim (12%) e péssimo (0,6%).

No que se refere ao desejo de abandonar o Curso, (45,1%) afirmaram que sim e (42,3%) nunca pensaram em abandonar o Curso de Enfermagem. Após concluir a graduação em Enfermagem, a maioria pretende atuar na assistência de enfermagem (33,7%); em segundo lugar, está o interesse por cursar mestrado (30,3%) e, em terceiro lugar, está cursar residência (29,1%).

Ao questioná-los se presenciaram com seus colegas e demais estudantes de enfermagem alguma(s) das situações descritas no questionário, constatou-se que a situação mais frequente foi receber olhares de desprezo (20,6%). O assédio moral é praticado pelos seus professores (20,6%), e colegas de aula (8%).

Vivenciar assédio moral na graduação pode propiciar um descontentamento em relação ao curso, à instituição de ensino, além de interferir no desempenho acadêmico, bem como na motivação do estudante para superar as dificuldades, aumentando assim o absenteísmo (NASCIMENTO; ARAÚJO, 2014), (LEÃO; MINAYO, 2014). Os estudantes manifestaram que o assédio moral pode ocasionar-lhes sofrimento e fazer com que percam o interesse pelo curso, podendo desistir ou mudar de curso devido aos traumas gerados pela violência sofrida. Dentre as alterações mais frequentes da vivência dos estudantes com assédio moral, destaca-se a presença de problemas emocionais, os quais podem ocasionar diversas consequências ao seu desempenho acadêmico (RODRIGUES; FREITAS, 2014).

As relações interpessoais entre colegas e professores podem repercutir no processo de ensino aprendizagem e no bem estar dos estudantes. Ser vítimas de assédio moral, sofrer violência psicológica, ser vítima de comportamentos abusivos e ser tratado com desrespeito, pode propiciar um clima de desconfiança e injustiça entre os indivíduos, prejudicando suas relações interpessoais (LEÃO; MINAYO 2014). Além disso, sofrer assédio moral na graduação pode diminuir a autoestima dos estudantes, provocar depressão, falta de vontade de permanecer na Universidade, diminuir o rendimento e ocasionar reprovações (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2013).

4. CONCLUSÕES

O assédio moral vivenciado na graduação em enfermagem pode repercutir na saúde física e psíquica dos estudantes, tornar as relações interpessoais conflituosas e, possivelmente, influenciar na motivação dos estudantes em relação ao curso de enfermagem e repercutir no perfil dos futuros profissionais enfermeiros. Desenvolver estratégias de enfrentamento das situações de assédio moral vivenciadas pelos estudantes de graduação em enfermagem pode repercutir no ensino e aprendizado dos mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HIRIGOYEN. **Assédio moral**: a violência perversa no cotidiano. Tradução de Maria Helena Kühner. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

GARBIN A.C.; FISCHER F.M. Representations of workplace psychological harassment in print news media. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n.3, p.417-24, 2012.

ZAPF D.; EINARSEN S. Mobbing at work: Escalated conflicts in Organizations. In: FOX, S. SPECTOR, P. (Eds.). Counterproductive Work Behavior: Investigations of Actors and Targets. **American Psychological Association**, Washington, DC. 2005; Cap. 10:237-70.

RODRIGUES M.; FREITAS M.E. Assédio moral nas instituições de ensino superior: um estudo sobre as condições organizacionais que favorecem sua ocorrência. **Cad. Ebape.Br**, v.12, n.2, p.284-301, 2014.

NASCIMENTO D.A.; ARAÚJO F.W.C. Assédio moral entre docentes da Universidade Federal do Piauí: sua promoção e seus males na pátria sertaneja. **Universidade e Sociedade, ANDES-SN**, p.58-69, 2014.

LEÃO L.H.C.; MINAYO G.C. The issue of mental health in occupational health surveillance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4649-58, 2014.

TOMASCHEWSKI-BARLEM J.G. et al. Signs and symptoms of the burnout syndrome among undergraduate nursing students. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.754-62, 2013.

**ITINERÁRIOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS PARTICIPANTES
DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLA CARDI NEPUCEMO DE PAIVA¹; KARINA OLIVEIRA²; ADRIANA
LEMONS³

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, email- carlacardiuff@gmail.

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro email-kbecel@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro email-adrianalemons@unirio.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

No contexto da APS faz-se importante e necessário valorizar e reconhecer as demandas dos usuários para reorientação das práticas de saúde dentre elas o Planejamento Familiar.(Lei nº9.263 de janeiro de 1996). O estudo de Santos e Freitas (2011) orientam quanto à ampliação dos assuntos abordados no planejamento reprodutivo assinalam que a prática educativa é um ponto-chave para a efetividade do planejamento reprodutivo, pois, desta forma, acreditam os autores que tal atividade pode colaborar na promoção e na manutenção da qualidade da saúde sexual e reprodutiva.

Sendo assim, a saúde sexual e reprodutiva, fazem parte da vida e da saúde humana devem ser consideradas e respeitadas como um direito básico de mulheres e homens enquanto cidadãos. Deve ser pautada na perspectiva da integralidade, de tal forma que o profissional possa acolher as demandas em suas particularidades, estimular a participação de mulheres e homens nas ações oferecidas para promoção de ambas, facilitar a possibilidade de regular a fecundidade e decidir de forma livre e responsável por ter ou não filhos, livre acesso à informação, educação e serviços de planejamento reprodutivo, dessa forma visando garantir o exercício pleno da sexualidade (BRASIL, 2002).

Ao associar o termo itinerário à expressão saúde sexual e reprodutiva, pretende-se valorizar as vivências da sexualidade e da reprodução enquanto esferas dinâmicas e possibilidades de caminhos e escolhas, poderá contribuir para a compreensão do comportamento em relação à utilização dos serviços de PR (Cabral et al, 2011). Assim, neste estudo, a expressão "Itinerário sexual e reprodutivo" traz uma possibilidade de ampliar a reflexão sobre a importância de se considerar a influência dos variados contextos e fatores que interferem diretamente na saúde sexual e reprodutiva.

Neste estudo o termo "itinerários" foi acompanhado dos termos reprodutivos e sexuais, assim construindo a expressão "Itinerário Sexual e Reprodutivo", com o propósito de pensar em uma nova concepção para pesquisar sobre a saúde reprodutiva e sexual e sobre o planejamento reprodutivo no sentido de reconhecer essas influências que, segundo Gerhardt (2006), estão presentes nas escolhas dos indivíduos, bem como reconhecer e valorizar a vivência singular, plural e dinâmica da sexualidade e da reprodução.

Este estudo tem por objetivo: conhecer os itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas do planejamento

reprodutivo, na Estratégia Saúde da Família; descrever as atividades educativas do planejamento reprodutivo realizadas na Estratégia Saúde da Família, e analisar como a atividade educativa do planejamento reprodutivo contribui para a saúde sexual e reprodutiva, segundo o ponto de vista dos participantes.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e utilização de elementos etnográficos. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Os cenários foram quatro Unidades da Estratégia Saúde da Família, situadas no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Participaram treze mulheres e um homem. Para a coleta de dados utilizou-se o método da observação participante durante as atividades educativas e a entrevista semiestruturada com os participantes dessa atividade. Os dados da caracterização e dos itinerários sexuais e reprodutivos foram analisados através do Software Epi Info; a técnica da descrição densa foi utilizada para relatar a observação participante durante as atividades educativas; e a análise de conteúdo temático-categorial auxiliou na elaboração das categorias referentes às atividades. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro com Parecer de nº 724.617 em 22/07/2014.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Depreende-se desta pesquisa que o itinerário sexual e reprodutivo dos participantes do estudo indica questões que são pouco consideradas e, portanto, devem ser mais discutidas no contexto dessas atividades educativas, destacando-se: seu desenvolvimento, majoritariamente realizado junto às mulheres, trabalhadoras do lar, que concebem o planejamento reprodutivo como sua responsabilidade, tendo em vista a dificuldade no que tange à flexibilização do horário da atividade educativa para seus companheiros que trabalham oito horas por dia. A participação nas atividades não garante o acesso ao método contraceptivo, havendo necessidade de maior divulgação do assunto junto à população.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que as atividades educativas de planejamento reprodutivo, enquanto promotoras da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, deve ser alvo de reflexão por gestores e profissionais visando fortalecer tais dimensões da saúde humana como um direito, considerando ambas em sua dinamicidade, singularidade e demandas particulares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual**

Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4. edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40).

BRASIL. Lei n. 9.263 de 12 de janeiro 1996. Regula o § 7º do Art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [periódico na internet]. 12 jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em 02 Set.2013.

CABRAL, ALLV et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dez. 2015.

GERHARDT, TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 244963, Nov. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>>. Acesso em: 28 Out. 2015.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, JC; FREITAS, PM. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mai. 2015.

RELATOS CIENTÍFICOS SOBRE OUVIDORES DE VOZES

ALINE NEUTZLING BRUM¹; MARIA LAURA DE OLIVEIRA COUTO²; LUCIANE PRADO KANTORSKI²; VANDA MARIA DA ROSA JARDIM²

¹Faculdade de Enfermagem UFPel – neutzling@live.de

²Faculdade de Enfermagem UFPel

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Ouvir vozes que outras pessoas não escutam, basicamente refere-se a uma característica de determinados diagnósticos psiquiátricos. Pessoas que escutam vozes inaudíveis a outrem tendem a diferença frente aos padrões normativos sociais. Provavelmente a condição de estranhamento imposta a quem ouve vozes seja reflexo do desconhecimento do tema, uma vez que a prevalência de ouvintes de vozes na população geral é maior do que 7% (Kravvik et al., 2015). Portanto, é notável a possibilidade de que a singularidade na escuta de vozes possa ser uma experiência presente em todos os cenários existenciais.

Na busca do conhecimento pela experiência em ouvir vozes, o presente estudo procura por referências científicas que dialoguem com o tema. O trabalho preza por eleger os melhores registros (Bloom, 1995) sobre todas as possibilidades exploradas acerca da escuta de vozes. Assumindo o caráter provisório e falível de tudo que em determinado momento se presumiu como verdade (Eco, 1999), propõe realizar revisão sistematizada da literatura que possibilite encontrar citações científicas para o termo 'ouvintes de vozes' em bases de dados nacionais e internacionais no recorte temporal dos últimos cinco anos.

2. METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada inicialmente com pesquisa nos bancos de dados SCIELO, LILACS, PUBMED e PsycINFO entre os meses de abril e agosto do ano de 2017. Não havendo tempo limite para realização das buscas, o tempo utilizado nas mesmas refere-se ao trabalho de duas pesquisadoras em tempo parcial até o momento em que as informações fornecidas pelas bases consultadas foram esgotadas. Para seleção inicial dos artigos foi utilizado o descritor 'voice hearing' traduzido para espanhol e português nas bases SCIELO e LILACS. O critério inclusivo selecionou toda publicação científica que tratou a expressão 'ouvir vozes' como experiência singular. Sendo assim, 'ouvir vozes' nesta revisão expressa a capacidade que a pessoa experimenta em ouvir (escutar) vozes (sons) que as outras pessoas não são capazes de identificar. Respeitando o objetivo de encontrar citações científicas foi também critério inclusivo nesta revisão toda e qualquer forma de apresentação metodológica. Os critérios de exclusão se referem aos trabalhos duplicados, não científicos, datados em desacordo ao recorte temporal e que tratem a expressão 'ouvir vozes' de forma não especificada nos critérios inclusivos. Do total de 1914 artigos selecionados nas bases de dados, 1676 não atenderam aos critérios de inclusão, sendo excluídos desta revisão. O

detalhamento metodológico da seleção dos artigos desta revisão encontra-se melhor detalhado na Figura 1.



Figura 1: Fluxograma de procedimentos metodológicos da revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após seleção final dos artigos foi possível analisar as referencias de acordo com o tipo de estudo metodológico aplicado na pesquisa. Os resultados presentes na Figura 2 descrevem em sua maioria os trabalhos quantitativos e de revisão, 32,5% e 31,2%, respectivamente. Os estudos que representam pesquisas de métodos qualitativos respondem por 26,2% do total de artigos selecionados. A pesquisa com métodos mistos representa 10% do total de artigos selecionados na presente revisão. Os resultados aqui observados contribuem no entendimento de que a experiência singular de ouvir vozes é ainda pouco conhecida frente aos padrões normativos de escuta e percepção auditiva. As respostas científicas encontradas neste estudo mostram que apenas 26,2% dos artigos selecionados são qualitativos e assim permitem considerar a experiência e a vivencia do ouvitor de vozes como termos estruturantes em suas pesquisas. É a pesquisa qualitativa que possibilita o conhecimento no sentido da experiência, momento em que ocorre a compreensão, quando a pessoa compreende a si e ao seu significado na vida, sendo sua vivencia um produto da reflexão pessoal sobre sua própria experiência. As vivencias dependem ainda da personalidade, da biografia e do percurso histórico de quem vive (Minayo, 2012). Nesta significação, ouvir vozes é uma experiência única, resultado da vivencia do ouvitor. Logo, a pesquisa de método qualitativo estaria apta para resgatar junto ao ouvitor de vozes as características de sua experiência.

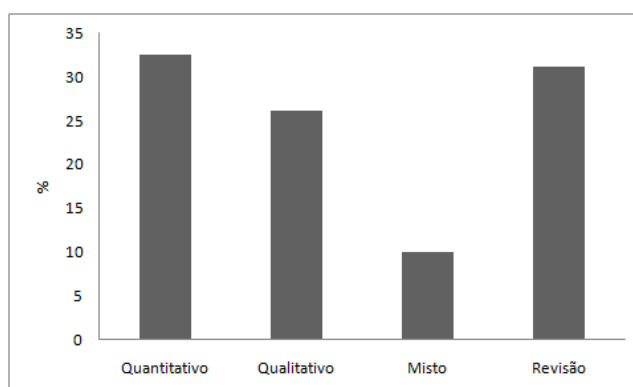


Figura 2: Diferentes tipos de estudo observados nos artigos selecionados na revisão.

Pensando nos locais onde os estudos sobre as experiências de ouvir vozes são produzidos, a Figura 3 apresenta os resultados percentuais encontrados na revisão. Observa-se que o Reino Unido lidera as produções científicas com respeito ao tema estudado, representando quase a metade de todos os artigos selecionados nesta revisão, 45%. Os países como Estados Unidos (13%) e Austrália (9%) também se destacam na produção científica com respeito às experiências de ouvir vozes. Os resultados descritos no gráfico destacam atenção para a necessidade da realização de pesquisa sobre o tema. Neste sentido, também é importante destacar que 99% dos artigos científicos selecionados nesta revisão foram escritos na língua inglesa. A experiência de ouvir vozes é uma condição humana independente de localização geográfica e do idioma falado. Assim sendo, a diversidade geográfica e idiomática na expressão de divulgação desta experiência, contribuiria positivamente para o conhecimento da mesma.

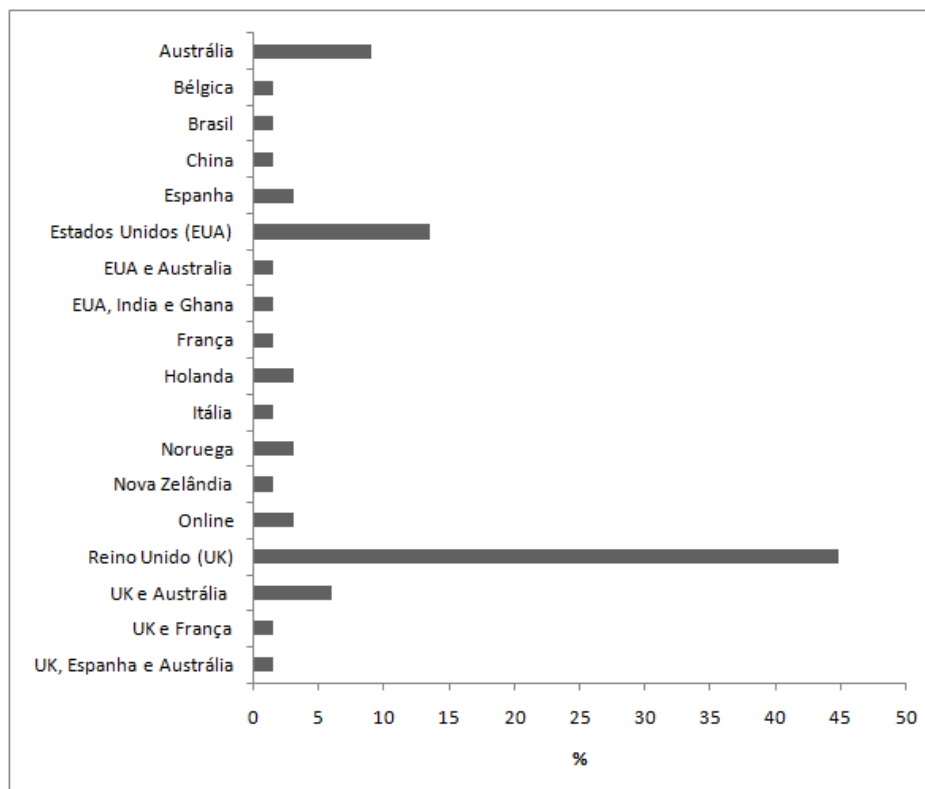


Figura 3: Local de estudos dos artigos selecionados na revisão.

4. CONCLUSÕES

A revisão sistematizada realizada neste estudo sugere que estudos científicos sob a perspectiva do ouvindo de vozes são necessários para que o conhecimento da experiência seja compartilhado. Ao invés de singular e pouco conhecida, a experiência de ouvir vozes, com auxílio da informação científica, pode tornar-se coletiva e acessível.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLOMM, H. **O Cânone Ocidental**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

KRÅKVIK, B. et al. Prevalence of Auditory Verbal Hallucinations in a General Population: A Group Comparison Study. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 56, n. 5, p. 508–515, 2015.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

A PESQUISA QUALITATIVA NO ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS PAIS DE NEONATOS HOSPITALIZADOS

MARIANA DOMINGOS SALDANHA¹; TANIELY DA COSTA BÓRIO²; ANANDA
ROSA BORGES³; RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – marianadsaldanha@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – tanielydacb@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – nandah_rborges@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – r.gabatz@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, proporcionando a construção de novas abordagens, bem como a revisão e a criação de novos conceitos (MINAYO, 2010). Ela trabalha com um conjunto de significados, valores ou crenças que fazem parte da realidade social, vivida e partilhada pelas pessoas com seus semelhantes (MINAYO, 2012). Nesse contexto, podem ser utilizadas diversas técnicas para a coleta dos dados, a mais frequente é a entrevista, a qual também foi utilizada nesse estudo.

A entrevista caracteriza-se como uma conversa que objetiva elaborar informações para um objeto de pesquisa, sendo importante destacar que essa é uma forma privilegiada de interação social (MINAYO, 2012).

A experiência vivenciada com essa abordagem, no presente estudo, permitiu conhecer a percepção dos pais de neonatos acerca das informações recebidas na alta hospitalar pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Como esse ambiente representa para os pais e familiares dos neonatos um local de angústia, ansiedade, impotência, tristeza e temores (FROTA et al., 2013), a entrevista possibilitou uma maior aproximação e interação para coleta das informações. A interação e a comunicação efetivas, entre os pais e familiares dos neonatos hospitalizados na UTIN e a equipe de enfermagem, são imprescindíveis para que seja propiciado um cuidado integral e humanizado. Os pais precisam se sentir participantes do cuidado e receber informações claras e compreensíveis para se sentirem mais confiantes no desenvolvimento do vínculo com o recém-nascido hospitalizado na UTIN.

Partindo desse pressuposto é importante a presença dos pais na unidade para que os mesmos recebam as informações a fim de garantir uma melhor qualidade do cuidado do neonato quando ocorrer à alta hospitalar. Portanto, acredita-se que para conhecer a perspectiva dos pais acerca da hospitalização dos seus filhos recém-nascidos na UTIN, é necessário utilizar a abordagem mais adequada, nesse estudo, considerou-se ser a qualitativa, por meio da entrevista.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada em uma UTIN de um Hospital Universitário da região Sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram 10 pais de recém-nascidos internados na

UTIN, sendo esses constituídos por nove mães e um pai. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, baseadas em um roteiro predefinido, cujas informações foram coletadas no primeiro semestre de 2017.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para análise integral dos dados através da análise de conteúdo temática, conforme descrita por Minayo (2010). A análise de conteúdo consiste em uma técnica de tratamento dos dados, buscando interpretação do material qualitativo, que consiste de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Essa análise permite descobrir os códigos sociais que estão contidos nos depoimentos (MINAYO, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização da abordagem qualitativa, associada à entrevista para coleta dos dados e a análise de conteúdo temática para a análise desses, possibilitou identificar as expectativas dos pais e familiares com a internação na UTIN, conhecer quais as informações recebidas para alta da UTIN, bem como que informações não fornecidas são importantes para os pais.

Outros estudos também utilizaram a abordagem qualitativa para tratar da temática, buscando conhecer a percepção da mãe sobre o nascimento e o cuidado do recém-nascido prematuro após a alta (FROTA et al., 2013; ANJOS et al., 2012), compreender como os familiares do recém-nascido prematuro e a equipe de saúde percebem o preparo para a alta hospitalar numa unidade de cuidados intensivos neonatais (GAIVA et al., 2006) e investigar evidências sobre as ações de enfermagem utilizadas junto às mães de prematuros internados em unidades neonatais no preparo da alta (SCHMIDT et al., 2011). Portanto, observa-se que a abordagem qualitativa é adequada para desenvolver estudos com essa temática.

4. CONCLUSÕES

A realização desse trabalho permitiu refletir acerca da importância do uso de metodologias qualitativas para investigar a percepção dos pais de neonatos hospitalizados na UTIN. Essa percepção constitui-se de algo subjetivo, que não pode ser mensurado, portanto apenas apreendido com o uso de abordagens qualitativas, tal como observado nesse estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, L. S.; LEMOS, D. M.; ANTUNES, L. A.; ANDRADE, J. M. O.; NASCIMENTO, W. D. M.; CALDEIRA, A. P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004>; Acesso em: 14 set. 2016.

FROTA, M. A.; SILVA, P. F.; MORAES, S. R.; MARTINS, E. M. C. S.; CHAVES, E. M. C.; SILVA, C. A. B. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Revista da Escola de enfermagem**

Anna Nery, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a11.pdf>>; Acesso em: 14 set. 2016.

GAIVA, M. A. M.; NEVES, A. Q.; SILVEIRA, A. O.; SIQUEIRA, F. M. G. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 387-392, 2006. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/434>>; Acesso em 14 set. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHMIDT, K. T.; BESSA, J. B.; RODRIGUES, B. C.; ARENAS, M. M.; CORRÊA, D. A. M.; HIGARASHI, I. H. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Revista da rede de enfermagem do nordeste (RENE)**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 849-858, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/resumo_portugues/a24v12n4.html>; Acesso em 14 set. 2016.

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

HELENA RIBEIRO HAMMES¹; JULIANA DALL AGNOL²; JANAÍNA QUINZEN
WILLRICH³

¹Universidade Federal de Pelotas – helenahammes@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – dalljuliana@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – janainaqwill@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Com o movimento de reforma psiquiátrica foram instituídos os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que se caracterizam por serviços comunitários e abertos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Sua finalidade principal é a construção da autonomia e reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos e deveres civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para tanto, os CAPS utilizam como instrumento de trabalho o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de condutas terapêuticas articuladas direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Objetiva traçar estratégias de intervenção, pensadas a partir de discussões coletivas de uma equipe interdisciplinar, visando uma atuação com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito (HORI; NASCIMENTO, 2014). Com isto, se busca ofertar uma atenção que vá além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, envolvendo, portanto, as dimensões sociais, biológicas e subjetivas do sujeito.

Por ser o PTS uma ferramenta de construção de um cuidado integral e compartilhado e que investe nas diversas dimensões da vida dos sujeitos, este se tornou uma ferramenta muito utilizada nos serviços de saúde mental que trabalham a partir do modelo de atenção psicossocial. Neste sentido, o PTS também vem demonstrando sua importância na formação de novos profissionais de saúde (SILVA et al., 2013). Portanto, tem-se como objetivo discutir as potencialidades do uso do PTS como ferramenta de ensino-aprendizagem na formação em saúde mental.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, descritivo com abordagem qualitativa. Uma das várias maneiras de realizar uma pesquisa nas ciências sociais é utilizando do método de pesquisa de estudo de caso. É o método de preferência quando as principais questões da pesquisa são “como?” e/ou “por quê?”; quando o pesquisador tem pouco controle sobre o comportamento; e quando o foco é um fenômeno contemporâneo em seu contexto na vida real. Além disso, é um método útil para fazer uma avaliação e explorar situações (YIN, 2010).

O cenário do estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial Porto situado na cidade de Pelotas. O estudo foi realizado com o Sr. F. e seu familiar. A

coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2017 a partir de entrevistas com o usuário e seu familiar, análise de prontuário e discussão com a enfermeira e a assistente social do serviço, que são referências no tratamento deste usuário.

Foi construído o genograma e o ecomapa com a finalidade de compreender a organização familiar e como se dá o seu relacionamento com o mundo (WRIGHT; LEAHEY, 2002). O levantamento e a análise dos dados foram realizados com base nos princípios e diretrizes do PTS. Foram respeitados os princípios éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração do PTS teve por finalidade conhecer os problemas e necessidades do Sr. F. e seus vínculos, promover estratégias de intervenção e propor teoricamente intervenções em saúde mental. Em relação a história de vida, o Sr. F., 45 anos, reside em Pelotas, é solteiro, alfabetizado e não possui ocupação formal, sendo beneficiado assistencial da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e usuário do CAPS. Possui diagnóstico de esquizofrenia paranóide e alcoolismo e complicações relacionadas a essas doenças crônicas.

Sr. F. foi alcoolatra por mais de 30 anos e é fumante há mais de 35 anos consumindo um pacote de fumo diariamente. Relatou ter contraído Sífilis em relacionamentos anteriores. Devido a sua doença mental foi hospitalizado nove vezes no Hospital Olivé Leite em Pelotas e outras tantas vezes no Hospital Espírita de Pelotas. O Sr. F. faz uso contínuo das medicações Amplitil, Akineton, Orap e Diazepam (BRASIL, 2017).

A avaliação das funções psíquicas e do estado mental tornou-se uma ferramenta de essencial importância desde o acolhimento, possibilitou identificar os sinais e sintomas do Sr. F. e direcionar o planejamento e implementar o cuidado integral. O Sr. F. entende as dificuldades apresentadas pela doença e tem disciplina para participar das atividades do CAPS, onde desenvolve um ótimo trabalho especialmente nas oficinas de música.

Dentre as situações de risco destacam-se as Infecções Sexualmente Transmissíveis, tabagismo e vulnerabilidade socioeconômica. Para o desenvolvimento de atividades e construção do PTS, planejamos em conjunto com a equipe multiprofissional as estratégias de cuidado: estimular junto ao usuário e familiar a realização de atividades de música e outras relacionadas ao lazer; realizar escutas terapêuticas durante o período de prática curricular no CAPS, visando enfatizar a importância da redução de danos relacionada ao consumo de tabaco e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

4. CONCLUSÕES

Enfatiza-se a importância dessa ferramenta no processo de ensino-aprendizagem e do efeito que este saber produz na forma de pensar e lidar com as situações de saúde mental. Nessa perspectiva, enfermeiros somos protagonistas do cuidado e desafiados a implementar mudanças organizacionais, visando potencializar a construção do pensamento crítico e o raciocínio lógico no processo de adoecimento.

Este estudo de caso, construído a partir da elaboração do PTS, contribuiu para a integração, reflexão e aproximação entre teoria e prática relacionadas ao cuidado em Saúde Mental, bem como, na importância da reinserção social. O cuidado, dependente da percepção, prática clínica e conhecimentos de toda a equipe de saúde; devendo priorizar com individualidade, humanismo e ciência as necessidades singulares dos sujeitos e seus vínculos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pimozida, cloridrato de clorpromazina, cloridrato de biperideno, diazepam**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula. Acesso em: 20 jul 2017.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>.

SILVA, E. P. et al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 5° ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

ORIENTAÇÕES A PUÉRPERA NO PUERPÉRIO IMEDIATO

PRICILLA PORTO QUADRO¹; THAIS DAMASCENO OLIVEIRA ²; MARILU CORREA SOARES³; ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL⁴; GREICE CARVALHO DE MATOS⁵; SUSANA CECAGNO⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – pricillaporto@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas - thais_damassa_liveira@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas - enfmar@uol.com.br

⁴Universidade Federal de Pelotas - anapaulaescobal@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas - greicematos1709@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas - cecagno@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase marcada por intensas mudanças na vida da mulher, na qual seu corpo prepara-se para o exercício da maternidade. Contudo, a puérpera precisa de uma recuperação plena e saudável, que proporcione o retorno ao estado anterior à gravidez com o mínimo de intervenções possíveis (SANTOS; CAVEIÃO, 2014).

Segundo Centa, Oberhofer e Chammas (2002) é frequente o desconforto no puerpério imediato, pois a mulher pode enfrentar dificuldade para satisfazer as necessidades de sono e repouso, vivenciar a ansiedade, a insegurança e o despreparo para atender o recém-nascido.

Neste contexto optou-se por realizar a pesquisa qualitativa, pois de acordo com Minayo (2013) esse tipo de pesquisa se aplica a uma realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das razões, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A escolha da abordagem qualitativa se deu devido a possibilidade de adentrar no universo das puérperas, e assim conhecer suas singularidades e particularidades no período do puerpério. Frente ao exposto, o estudo tem como objetivo conhecer as orientações realizadas pela equipe de enfermagem no puerpério imediato.

2. METODOLOGIA.

Estudo qualitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de um município do Sul do Rio Grande do Sul.

As participantes do estudo foram seis mulheres que no período de coleta de dados vivenciavam o puerpério imediato e estavam vinculadas à Unidade Básica de Saúde selecionada para este estudo.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. A análise dos dados foi realizada de acordo com os passos sugeridos na proposta operativa de Minayo (2013). O anonimato das participantes foi assegurado mediante identificação das mesmas por nomes fictícios. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel CAAE 47714115.6.0000.5317, Parecer nº 1.195.418.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O puerpério, segundo Stefanello, Nakano e Gomes (2008) é considerado como período de maior vulnerabilidade a intercorrências, tais como hemorragias, infecções, intercorrências mamárias da lactação, entre outras.

A partir desta perspectiva, as mulheres foram questionadas sobre os cuidados com a ferida operatória da cesárea, cuidados com a episiorrafia quando parto vaginal e retirada de pontos. Relataram ter recebido orientações sobre os cuidados com a ferida operatória e período de retirada de pontos: “Para lavar bem com água e sabão e em casa poderia tirar o curativo”; *“Que eu retirasse depois ou no posto ou onde eu tinha feito pré-natal mas não me disseram se era de sete a dez dias” Ingrid.*

Em relação à revisão do pós-parto todas as participantes, de alguma forma, receberam alguma orientação sobre quando e onde fazê-la. Conforme a fala a seguir: *“O enfermeiro, não sei quem era, porque ele foi lá falar para eu vir sete dias acho” Eduarda.* Para Santos, Brito e Mazzo (2013), a realização da revisão pós-parto precisa acontecer em dois momentos: na revisão puerperal precoce e na revisão puerperal tardia, que devem ocorrer, respectivamente, entre o sétimo e o décimo dias e ainda com 42 dias após o nascimento do bebê.

Outra orientação igualmente importante no puerpério imediato é o cuidado com as mamas, pois nesta fase a mulher pode sentir alterações como o ingurgitamento mamário, fissuras, entre outras. Diante do surgimento dos problemas mamários, a puérpera fica vulnerável e exposta a lidar com as alterações decorrentes da amamentação e, por estas razões, é importante que os profissionais de saúde orientem práticas corretas e ofereçam de forma eficaz uma solução para o enfrentamento dessas situações (ROCHA; RAVELLI, 2014). As puérperas do estudo referenciam algumas das alterações e orientações que receberam acerca do tema: “Sim, a fazer a ordenha e tudo”; *“Só a questão de mamar, não era bem uma orientação, elas insistiam para ele mama” camili.*

4. CONCLUSÕES

Acredita-se que as orientações sobre o puerpério necessitam começar no pré-natal, sendo reforçadas no puerpério imediato, pois deveriam ser um trabalho continuado e interdisciplinar com objetivo de informar e/ou reforçar o conhecimento prévio da mulher e também promover sua autonomia com vistas ao cuidado de si e do recém-nascido.

Ainda torna-se necessário a sensibilização da equipe de enfermagem quanto ao período puerperal para que possam compreender as fragilidades que a mulher poderá apresentar nesse momento e assim desenvolver sua prática por meio do diálogo e empatia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTA, M.L.; OBERHOFER, P.R.; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.4, n.1, p.16-22, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

ROCHA, S. K.; RAVELLI, AP. X. Práticas culturais de puérperas no aleitamento materno: problemas mamários. **Revista Triângulo**, v. 7, n. 1, p.140-157, 2014.

SANTOS, A. K. O.; CAVEIÃO, C. A importância da assistência de enfermagem no puerpério para redução da morbi-mortalidade materna. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.6, n.3, p. 8-24, 2014.

SANTOS, F.A.P.S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M.H.S.N. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.4, p.854-858, 2013.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F.A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.2, p.275-81, 2008

**A CONTRIBUIÇÃO DAS PESQUISAS COM ADOLESCENTES
USUÁRIOS DE DROGAS PARA QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE
INTERDISCIPLINAR**

PÉTRIN HOPPE TUCHTENHAGEN¹; ANGELA ISABEL DOS SANTOS
DULLIUS²; ANGELA PELLEGRIN ANSUJ³; DANUSA PASSINI DOS
SANTOS⁴; LUCAS DE AZEVEDO DOS SANTOS⁵; PATRÍCIA
TUCHTENHAGEN⁶

¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁶Universidade Federal de Santa Maria– petrinhoppe@gmail.com

⁵Universidade Luterana do Brasil

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A dependência química é um assunto amplamente exposto e debatido, e o uso abusivo das substâncias psicoativas tornou-se um problema social e de saúde pública, além do crescente número de usuários (PRATTA E SANTOS, 2006). O levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) no ano de 2005, comprova que nas 108 cidades mais populosas do país, 22,8% da população já fez uso de crack e outras drogas em algum momento da vida. Sobre o uso do álcool verifica-se que foram de 12,3% e de tabaco 10,1%. Destes dados, a maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8%, sendo a segunda droga com maior uso na vida (exceto tabaco e álcool), o solvente (6,1%). A prevalência do uso de cocaína, crack, merla e heroína foi, respectivamente, 2,9%, 0,7%, 0,2% e 0,09%.

Existe o uso de diversas drogas, e facilidade de acesso às mesmas, além das vivências de consumo próximo por parte de familiares e amigos, e um terço da população masculina de 12 a 17 anos, declarou já ter sido submetida a tratamento para dependência de droga (BRASIL, 2006).

Esta pesquisa tem como foco verificar a contribuição das pesquisas com adolescentes usuários de drogas para qualificação da equipe interdisciplinar aos serviços de saúde. Diante disto surgiu o problema de pesquisa: Quais as contribuições das pesquisas com adolescentes usuários de drogas para a qualificação da equipe interdisciplinar?

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. Utilizou-se como referencial teórico Gil (2002) que define como qualitativa a pesquisa realizada com base no material já elaborado, na qual há sequência de atividades, que envolve a redução e categorização dos dados, a interpretação e a redação do relatório. A coleta de dados realizou-se com buscas na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS). Como palavras-chave utilizaram-se: adolescência e drogas, centrando as ações da equipe interdisciplinar. Obteve-se 168 artigos, destes foram escolhidos artigos com textos na íntegra, publicados a partir de 2010, brasileiros, com limite à temática adolescente usuário de drogas. Foram excluídos artigos em outro

idioma, resumos, teses e dissertações. Então, obteve-se 31 artigos. Foi utilizada a modalidade da análise de conteúdo (MINAYO, 2007). Após, ocorreu à coleta dos resultados criando as três categorias temáticas e a discussão dos resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil atual dos usuários de drogas no Brasil

Dos artigos analisados, 90% (n=28) apresentam o perfil dos usuários. Quanto a idade os estudos estão entre 12 a 21 anos, a droga mais utilizada é o álcool 61% (n=19), seguido pelo tabaco 45% (n=14), maconha 22% (n= 7), crack 16% (n=5), cocaína 9% (n=3), estimulantes 6% (n= 2), as anfetaminas e medicações ansiolíticas 3% (n=01). Falta de afeto, desorganização familiar, violência ou ausência familiar foram citados em 29% (n=9) da amostra. Segundo estudos o uso de drogas está cada vez mais precoce, como apontam Freire, Lôbo e Oliveira (2010) no estudo com 3000 crianças e adolescentes de 04 a 16 anos dependentes de drogas do Rio de Janeiro. Esses ainda declaram que os principais motivos que levam ao uso são a desagregação, “desestruturação” ou dissolução familiar, a dependência química nas famílias, prostituição materna, violência doméstica, maus tratos, pais presos, entre outros, ou seja, o uso de drogas é multifatorial.

A contribuição das pesquisas das áreas da saúde para os adolescentes usuários de drogas no Brasil

Esta pesquisa apresenta o resultado de 31 artigos, nos quais as áreas em destaque na abordagem ao adolescente usuário de drogas são a Medicina com 41% (treze) dos artigos, a Enfermagem com 29% (nove), a Psicologia com 16% (cinco) e a Saúde Pública com 14% (quatro). A maioria deles não apresentou de forma clara a abordagem e nem os profissionais inseridos na pesquisa, o que dificulta a contribuição de cada área, porém não se faz distinção e hierarquia entre os núcleos de saberes, posto que, esta amostra demonstra que o foco central da atuação é a saúde. A violência praticada pelos jovens e o contexto que estão inseridos é uma consequência negativa do uso de drogas. O uso de drogas pelo adolescente é um potencializador e desencadeante de outros problemas que afetam a vida do sujeito, tais como violência doméstica, evasão escolar, situação de rua.

Chaves, Sanches, Ribeiro e Nappo (2011), ao abordarem a fissura por crack e estratégias de controle de usuários e ex-usuários, relatam que cada um possui uma maneira e desenvolve estratégias particulares para lidar com a ela, ressaltando a importância da equipe interdisciplinar conhecer o usuário que atende nos serviços. A contribuição de pesquisas sobre adolescentes usuários de drogas para a qualificação da equipe interdisciplinar

As pesquisas apontam como principal fator causador do uso de drogas, a convivência familiar, ou seja, que o adolescente será propenso a ser usuário se não tiver boa estrutura e convivência familiar. Assim, a educação e a saúde em família assumem vital importância, pois implicam experiências familiares positivas, quando se consideram as suas necessidades para afirmarem-se como pessoa. Expor aos adolescentes os instrumentos necessários que

promovam comportamentos saudáveis diante das influências negativas da vida social é função inerente aos membros familiares adultos (ROEHRS, LENARDT e MAFTUM, 2008).

4. CONCLUSÕES

Frente aos resultados é possível concluir que mais estudos devem ser realizados e sabe-se da importância de vários profissionais da equipe interdisciplinar abordar a temática. Estas ações devem ter abordagens de prevenção, tratamento e recuperação do adolescente usuário de drogas. A equipe se torna mais qualificada por ser interdisciplinar, pois cada profissional contribui para a abordagem e acompanhamento do adolescente usuário de droga ao discutirem sobre as ações mais efetivas para serem realizadas. Acredita-se que é responsabilidade desta equipe informar e qualificar os pais para que aproximem-se de seus filhos nessa fase tão conturbada de suas vidas. Destaca-se a importância da família e da manutenção da convivência familiar. Portanto, cabe inicialmente à família e a escola ensinar aos adolescentes as consequências do uso e abuso de drogas, fazendo-se presentes nas decisões tomadas por eles.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005**. São Paulo, 2006.

CHAVES TV, SANCHEZ ZM, RIBEIRO LA, SOLANGE AN. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev Saúde Pública**;45(6):1168-75, 2011

GIL, AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

PRATTA, EEM; SANTOS, MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, 11(3), 315-322, 2006

ROEHRS H, LENARDT MH, MAFTUM MA. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 12(2): 353–57, 2008

ESTRESSE OCUPACIONAL E O CONSUMO DE ÁLCOOL POR TRABALHADORES HOSPITALARES: UM ESTUDO DE TENDÊNCIAS

PATRÍCIA TUCHTENHAGEN¹; TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA
MAGNAGO²;
ANGELA ISABEL DOS SANTOS DULLIUS³; NAIANE GLACIELE DA COSTA
GONÇALVES⁴; MATHEUS VEBER TEIXEIRA⁵; PETRIN HOPPE
TUCHTENHAGEN⁶

¹Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: patytuchtuch@yahoo.com.br.

²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶Universidade Federal de Santa Maria.

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar apresenta uma série de particularidades no processo organizativo de forma que expõe os trabalhadores a diversos riscos ocupacionais (MARTINS *et al.*, 2013), além de ser gerador tanto de prazer como de sofrimento, e com isto interferir na saúde do profissional (KOLHS *et al.*, 2017). Dentre as doenças que mais acometem os trabalhadores hospitalares, o estresse ocupacional está entre as mais citadas (BRASIL, 2008).

O segundo Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, estudo que envolveu 108 maiores cidades do país, estimou que 12,5% da população brasileira, com idade entre 12 e 60 anos, é dependente de álcool. Essa comprovação, ligada aos dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), nos quais 10% a 14% da população economicamente produtiva têm problemas de uso abusivo ou dependência, demonstram que se trata de um grave problema de saúde pública (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Diante do exposto, justifica-se a escolha por essa temática. Sob essa perspectiva, a questão norteadora deste estudo foi: quais são as características das tendências da produção científica acerca do estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores hospitalares? Objetivou-se com esse estudo: Caracterizar as tendências da produção científica acerca do estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores hospitalares.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca do estresse ocupacional e o consumo de álcool por trabalhadores hospitalares. A coleta de dados ocorreu no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), no mês de maio de 2017, e teve como fonte principal os resumos das dissertações e teses publicadas. No formulário de pesquisa da CAPES, utilizaram-se, a estratégia de busca: “estresse” AND “álcool”) AND “hosp*”. Foram encontrado, na CAPES, um total de 36 documentos, entre teses e dissertações. Estabeleceram-se como critérios de inclusão todas as dissertações e teses disponíveis

gratuitamente no portal CAPES, que abordassem a temática proposta nesse estudo e exclusão estudos que não contemplassem a temática e resumos indisponíveis na íntegra. Dessa forma, o *corpus* do estudo contou com o total de 14 produções. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2007) para a análise dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram elaboradas duas categorias: *As características dos trabalhadores hospitalares acometidos pelo estresse* e *O estresse associado ao consumo do álcool*. A primeira categoria apresenta o ambiente hospitalar associado ao estresse (D1, D3, D10) estes estudos citam o estresse, a depressão e a ansiedade. O estresse está associado ao aumento de risco cardiovascular (T3). Acometeu 80,6% dos sujeitos estudados (D1), e apresenta, que o estresse na fase de resistência e na fase quase-exaustão predominam (D3). A autonomia prejudicada, relacionamentos entre os colegas da equipe multiprofissional, falta de suporte organizacional, sofrimento diante da dor e morte, sobrecarga e condições de trabalho inadequadas e trabalho noturno, foram associados ao estresse (D4, D6, D7). Essa categoria aponta que o estresse em ambiente hospitalar pode ser resultado tanto da organização de trabalho, como das características da personalidade do sujeito acometido pelo estresse.

Na segunda categoria, cabe o destaque para o estudo (T1), em que os dados apresentam alto consumo de álcool, pois 69% dos sujeitos ingeriram entre uma e oito doses de bebida alcoólica, sendo que a maioria encontra-se no risco moderado, seguido por padrão de beber de risco e alto risco, a maior parte destes sujeitos apresentou sintomas de estresse. O estresse está associado à síndrome metabólica, pela ingestão de bebidas alcoólicas (T2). Há um predomínio de mulheres, enfermeiras, com padrão de beber moderado, que não praticam atividade física, que realizam 1 a 2 refeições por dia e que apresentaram alto índice de estresse (D4, D5, D6, D7, D8, D9). Há evidências do uso do álcool de forma recreativa para alívio do estresse e depressão (D7). Além disso, apresenta-se a associação entre a idade, existência de problemas de saúde e carga horária de trabalho com o duplo vínculo empregatício, com o estresse ocupacional e o consumo de bebida alcoólica (D11).

4. CONCLUSÕES

A partir da análise das teses e dissertações, pode-se concluir que há tendência na produção do conhecimento que o estresse apresenta-se em grande percentual nos trabalhadores estudados, que estes trabalhadores apresentam um consumo de álcool moderado. Os sujeitos estudados foram em sua maioria profissionais da enfermagem, acredita-se que pelo predomínio de mulheres nesta profissão, os resultados apontaram as enfermeiras como as mais consumidoras de álcool e com alto percentual de estresse, mas não se pode determinar com certeza este dado, pois não encontrou-se estudos que abrangessem todos os profissionais de hospital que sirvam de comparação. Assim, observou-se a lacuna do conhecimento, que é a escassez de estudos que abrangessem o estresse e o consumo de álcool por todos os trabalhadores

atuantes em ambiente hospitalar, bem como na região do extremo Sul do Brasil.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARTINS J. T.; RIBEIRO R.P. BOBROFF, M. C.C.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI M.L.C.C; MENDES, A.C. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(1):63-70.

KOLHS, M.; OLSCHOWSKY, A.; BARRETA, N. L.; et al. A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev Fund Care Online.** 2017 abr/jun; 9(2):422-431. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-43>.

BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho.** Conhecer para ajudar. – Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. Serviço Social da Indústria, 2008.

OLIVEIRA, E. B. et al. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.2):729-35.

QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: FLORES E PEDRAS NO CAMINHO

**SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE¹; CLEBER CAVAGNOLI²;
DANIELA GRACZYK³; JESSICA MAYARA WOLFART⁴; CLEOMARA
ANDRIGHI⁵; CRHIS NETTO DE BRUM⁶**

¹Universidade do Oeste de Santa Catarina 1- samuel.zuge@unoesc.edu.br

²Universidade do Oeste de Santa Catarina 2- clebercavagnoli@outlook.com.br.

³Universidade do Oeste de Santa Catarina 3- danielagracyk21@gmail.com.

⁴Universidade do Oeste de Santa Catarina 4- jessica_mayarawolfart@hotmail.com.

⁵Universidade do Oeste de Santa Catarina 5 - andrighicleo@gmail.com

⁶Universidade Federal da Fronteira Sul 6 - crhis.brum@uffs.edu.br.

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A qualidade de vida vem sendo alvo de numerosos estudos. O estudante do curso de enfermagem se encontra em uma fase da vida onde ocorrem mudanças, novas expectativas, o que pode causar profundos reflexos na sua qualidade de vida atual e futura.

Os universitários normalmente apresentam um padrão de sono irregular, pois passam por privações de sono durante os dias de aula ou trabalho. Essas irregularidades repercutem negativamente na saúde desses jovens, comprometendo a atenção, a memória, a capacidade de resolução de problemas e, principalmente, o desempenho acadêmico (ARAUJO et al, 2013).

Diante do exposto, apresenta-se como **pergunta de pesquisa**: Como os estudantes do curso de graduação em enfermagem percebem a qualidade de vida em seu cotidiano de ensino-aprendizagem? Assim, este estudo teve por **objetivo** descrever a percepção sobre a qualidade de vida de estudantes que vivenciam o curso de graduação em enfermagem.

2. METODOLOGIA

Investigação qualitativa exploratório-descritiva, realizada na Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó. Os sujeitos da pesquisa foram 16 estudantes do curso de graduação em enfermagem, seguindo os seguintes critérios de inclusão: estudante de graduação do curso de enfermagem a partir da sexta fase do curso. Foram excluídos: estudantes que estavam desenvolvendo o componente do domínio comum; que estavam desenvolvendo outra graduação, concomitante a de enfermagem; estudantes das fases iniciais e da décima fase.

A etapa de campo foi realizada em dois momentos: inicialmente a aproximação e ambientação com o cenário de pesquisa, e num segundo momento, a produção dos dados por meio da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS), fundamentada no Método Criativo e Sensível (MCS), mais especificamente a dinâmica do Mapa Falante. O período para produção dos dados no mês de setembro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS/SC sob o parecer número 753.435.

Os dados foram analisados por meio da Análise de discurso francesa. O projeto alicerçou-se nos preceitos éticos da Resolução número 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da categoria analítica foram identificados cinco subtemas:

1) Condição física: refere ao dedicar-se muito aos estudos, em que os acadêmicos mencionam o quanto o estresse, a falta de tempo para dormir e o cansaço tem sido fatores que comprometem a vida diária de cada um, principalmente daqueles que, além de estudar, precisam trabalhar à noite, "[...] às vezes o estudo se torna cansativo."(E2), "me sinto muito cansada, eu tenho muito sono, as vezes eu to na aula eu to caindo de sono"(E4);

2) Condição psicológica: esperança de que no dia nunca chova, que se refere a gama de sentimentos que permeiam os universitários durante a graduação, abordando as perspectivas de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, e sentimentos negativos. Dessa forma, percebe-se, momentos de esperança por estar próximo ao final do curso, iniciar a carreira com um bom trabalho e sentimento de impotência diante de vários obstáculos que a vida acadêmica trás "Eu gostaria que fosse um pouquinho melhor a qualidade de vida, mas esperamos chegar num objetivo que seja tudo que se espera"(E13);

3) Nível de Independência: a faculdade mexeu com o cotidiano individual e familiar, esse subtema aponta situações da percepção da qualidade de vida dos estudantes que envolvem mobilidade, cotidiano, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, assim foi mencionada a rotina de manter a casa, cuidar dos filhos, estudar e trabalhar, muitas vezes como um "ciclo vicioso" que impede a realização de outras atividades no seu dia a dia, e se torna desgastante para a grande maioria, "Como eu sou casada, tenho 2 filhos, a responsabilidade da casa é minha[...] "(E1), "[...] devido a minha rotina diária, eu trabalho 12 horas a noite, estudo 8 horas aqui[...] dessa rotina muito pesada, então as vezes você tem que optar"(E8);

4) Relações Sociais: segundo os entrevistados, a universidade proporciona falta de tempo de estar com o outro, família, amigos, o que afeta as relações particulares e suporte social, devido à dificuldade de manter a rotina maçante que envolve trabalho, estudos e relacionamento familiar, o que para a grande maioria, essa relações servem como suporte nos momentos de dificuldades " E aqui a casa dos meus pais que vou quando posso, quando dá.[...]"(E7).

5) Ambiente: em que apontam-se os recursos financeiros, transporte, oportunidades de recreação/lazer e o ambiente físico. A questão financeira é citada pelos acadêmicos como um fator importante, e uma preocupação diária que leva a muitas privações, tendo que algumas vezes arrumar trabalho para complementar a renda, mas além do financeiro, há a tentativa de manter um equilíbrio entre as atividades pessoais e universidade "nem sempre a gente tem dinheiro pra ir lá na cantina e comprar essa fruta[...] tu tem aquele dinheiro para o almoço ou para alguns xeros que precisa[...] "(E1).

4. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo sugerem que os acadêmicos de Enfermagem merecem atenção quanto aos aspectos da qualidade de vida, o ingresso na universidade exige do estudante uma série de adaptações. Alguns,

além de estudar, precisam trabalhar, o que acarreta falta de tempo para dormir, estresse e sono, fatores que reduzem a qualidade de vida. Durante a graduação vários são os sentimentos pelos quais os estudantes passam, momentos de esperança, principalmente quando estão no final do curso e outros momentos de impotência, diante dos obstáculos que surgem.

Nesta perspectiva as flores representam todas as vitórias, a cada semestre aprovado, a identificação com a profissão, a descoberta da área de escolha, ou seja, o direcionamento profissional. Por outro lado, as pedras representam todas as dificuldades encontradas, uma vez que comprometem a qualidade de vida. Dessa forma, deve-se atentar para o ensino centrado na pessoa, entendendo o acadêmico como alguém que possui atributos pessoais e que experimenta diversos sentimentos. Espaços de lazer ou descanso nos intervalos seriam interessantes, e poderiam envolver ambientes para prática de esportes ou espaços terapêuticos, podendo melhorar o desempenho dos estudantes e tornar o período da graduação menos estressante.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, M. F. M. et al. Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza – CE. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n.2, p.352-360, 2013.

VIVÊNCIA DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MAXUEL CRUZ DOS SANTOS¹; LETÍCIA BECKER VIEIRA²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – maxuelcsantos@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul – lebvieira@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é considerada uma violação aos direitos humanos, podendo causar danos físicos e psicológicos. Conceitua-se para o presente estudo violência contra mulher definida na Convenção de Belém do Pará (1994) como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher” (BRASIL, 2011).

Devido às diversas repercussões na saúde das mulheres há maior procura delas pelos serviços de saúde, principalmente os serviços da Atenção Básica (AB) que constituem a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, as Equipes de Saúde da Família (ESF) possuem o papel de acolher e escutarem essas mulheres, estruturando estratégias de promoção e prevenção de situações de violência que essas mulheres estejam expostas (HESLER *et al.*, 2013).

Para compreender o fenômeno de violência contra mulheres, muitos pesquisadores têm utilizado diferentes referenciais teóricos metodológicos para ampliar a compreensão e subsidiar a prática. Todavia, essas mulheres, tem dificuldade de desconstruírem às situações de violência considerando os fatores afetivos e/ou culturais que permeiam suas relações sociais (DUARTE *et al.*, 2015).

O presente relato de experiência é oriundo da etapa de produção e análise de dados da pesquisa intitulada: “Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família ao cuidar de mulher em situação de violência”, sendo utilizado o referencial teórico metodológico da Fenomenologia Sociológica proposta por Alfred Schutz. Tal investigação objetivou compreender as ações dos enfermeiros das ESF ao cuidar de mulheres em situação de violência. Schutz (2012) propõe que cada ação tem uma motivação, razões e objetivos.

Assim, vislumbrando a possibilidade de pesquisar a intencionalidade de enfermeiros/as da AB ao cuidar de mulheres em situação de violência optou pela entrevista fenomenológica, por esta permitir conhecer o pensamento e as opiniões/ações das pessoas sobre determinado assunto. Consiste numa conversa social, face a face, orientada por um problema de pesquisa (NASCIMENTO *et al.*, 2007).

Objetiva-se descrever a vivência de um acadêmico de enfermagem na obtenção de relatos de enfermeiros/os acerca do cuidado às mulheres em situação de violência a partir da entrevista fenomenológica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Porto Alegre - RS, no período de setembro de 2015 a abril de 2016 na participação do projeto de pesquisa “Enfermagem na estratégia de saúde da família ao cuidar de mulher em situação de violência”. O estudo obteve aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. CAAE: 38025914.8.30015338/2015.

Os locais da coleta de dados eram nas ESF do distrito de saúde Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, sendo escolhido este distrito por apresentar o maior índice de mortalidade por causas externas.

Os sujeitos da pesquisa eram contatados inicialmente por telefone sendo agendado o dia e horário da entrevista. No local era apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido onde eram expostos os objetivos da pesquisa e o anonimato do participante. Foi utilizado um roteiro semiestruturado para conduzir as entrevistas.

Anterior a etapa de produção de dados, e da entrevista propriamente dita, o acadêmico e bolsista de Iniciação Científica (BIC-UFRGS) realizou capacitação com orientações de como conduzir entrevista fenomenológica junto aos pesquisadores da pesquisa.

Para a condução da mesma, se lançava mão de um roteiro semiestruturado que permitiu caracterizar dados sociodemográficos (bagagem de conhecimento em Schultz) e a questão norteadora: “o que você tem em vista quando cuida de mulheres em situação de violência?”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 23 enfermeiras/os, sendo 20 do sexo feminino e 3 masculinos, 22 possuíam algum tipo de especialização, média do tempo de formação e atuação na USF eram respectivamente, 8,8 e 3,7 anos.

As ESF eram de difícil acesso, entretanto optou-se por realizar as entrevistas nas unidades pela aproximação com os profissionais de enfermagem em suas unidades de atuação profissional. Visto que as situações de violência contra mulher ocorrem com maior frequência por pessoas próximas, conhecer a realidade de sua comunidade foi fundamental para a realização das entrevistas,

Despir-se de conceitos pré-formados faz-se necessário para compreender com maior propriedade o típico da ação do enfermeiro ao cuidar de mulheres em situação de violência. Essa vivência de ir às unidade de saúde, conhecer as realidades das comunidades possibilitou conhecer as fragilidades, potencialidades e dificuldades de sua atuação. As perguntas eram abertas, e como pesquisador demonstrei uma escuta atenta, sem conceitos formados investigando as ações para compreender os objetivos de sua ação frente ao fenômeno da violência (SCHUTZ, 2012).

As entrevistas tiveram a duração média de 20 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra, ampliando a compreensão das intencionalidades das enfermeiras. Após foram organizadas em categorias frente suas ações ao fenômeno.

Mesmo com a mesma formação as ações frente ao fenômeno foram bem variadas, alguns participantes quando acionados relatavam situações e os desejos em que as mulheres saíssem de suas situações de violência, entretanto algumas falas reforçam o medo de agir por atuarem no local onde ocorre a violência, o medo de represaria e não fazer nenhuma ação é uma proteção para a ESF.

Enquanto Bolsista de IC a vivência em realizar entrevistas utilizando o referencial teórico da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz foi de fundamental importância para meu crescimento acadêmico. Todas as ações tomadas são somas de vivências construídas e resultados esperados. Faz-se necessário muitas vezes a desconstrução de conceitos para a compreensão de fenômenos ainda não explicados e que requerem uma atuação diferenciada (CORTES; PADOIN, 2016).

4. CONCLUSÕES

A proximidade com as/os enfermeiras/os das ESF possibilitou uma melhor compreensão das dificuldades enfrentadas na ação de cuidar de mulheres em situação de violência, trazendo oportunidades de reflexão crítica do “meu fazer – saber” enquanto enfermeiro que assistirá mulheres em diferentes ciclos vitais e suscetíveis a violência de gênero.

Para a realização das entrevistas a empatia e a escuta atenta para fundamentais para uma produção de dados livre de julgamentos e que permitisse aflorar as intencionalidades dos enfermeiros.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** – Brasília. Ministério da Saúde , 2011.

CORTES, L.F., PADOIN, S.M.M.. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Esc. Anna Nery** [online]. 2016, vol.20, n.4, e20160083.

DUARTE, M.C. et al . Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 2, p. 325-332, Abril 2015.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, p. 180-186, Mar. 2013.

NASCIMENTO, E. N. et al. Técnicas de coleta de dados utilizadas em artigos científicos da área da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 11, n. 1, p. 45-50, 2007

SCHUTZ A. **Sobre fenomenologia e relações sociais.** Edição e organização:
Helmut TR Wagner. Tradução: Raquel Weiss. Petrópolis: Vozes; 2012.

REFLETIR SOBRE O VIVIDO É PRECISO: CAMINHO TRILHADO NO PROCESSO DE PESQUISA

Fernanda Beheregaray Cabral¹; Rita Maria Heck²; Nara Marilene Oliveira
GirardonPerlini³; Isabel Cristina Pacheco Van der Sand⁴;

¹*Curso de Enfermagem Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – cabralfernandab@gmail.com*

²*Departamento de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL);*

³*Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM);*

⁴*Curso de Enfermagem Campus Palmeira das Missões, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM);*

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho analisa o caminho trilhado no processo de produção dos dados da tese “Ciranda de Roses: vulnerabilidades, demandas e necessidades de saúde de trabalhadoras em assentamento rural”, que compreendeu as vulnerabilidades, demandas e necessidades de saúde para trabalhadoras em assentamento rural e como elas desenvolvem o cuidado em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo tipo caso social (Yin, 2010), desenvolvido no Assentamento 16 de Março, em Pontão/RS. Esse assentamento, ocupação da antiga Fazenda Annoni em 1985, é composto por 81 famílias dedicadas à agricultura, pecuária e agroindústria, sendo que 13 residem em agrovila e trabalham de forma cooperada e as demais em propriedades individuais.

O trabalho de campo, iniciado em maio de 2013, contou com a participação de 40 mulheres. Definiram-se seis meses à produção dos dados empíricos (entrevistas, observação participante, registros em diário de campo e oficinas problematizadoras), os quais convergem à transversalidade da perspectiva crítico-reflexiva que perpassou a construção coletiva da pesquisa. Da análise temática emergiu a categoria “Vulnerabilidades Programáticas para trabalhadoras em assentamento rural: elementos produtores e protetores”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrada em campo merece atenção especial porque marca o início de uma relação que pretende ser de confiança. É um momento rico de significados sutis, que requer cuidado ético e empatia. Essa aproximação foi favorecida pela relação prévia e vinculação da pesquisadora com atores sociais da comunidade, o que favoreceu positivamente a produção de dados.

A imersão nesse cenário foi gradual e a permanência por vários dias no assentamento possibilitou sentir/conhecer aquelas pessoas, apreender

aspectos para além de suas rotinas, doméstica e de trabalho, e, também, das subjetividades que se conformavam em suas relações privadas. Assim, a pesquisadora passou a estar implicada nele e com ele, afetando e sendo afetada pelas pessoas que lá viviam, deixando assim de ser uma “estranha” naquele universo.

Num estudo participativo, “o próprio objeto é negociado”, por isso foi realizado-se reunião com lideranças comunitárias para apresentação da proposta da pesquisa. Aí houve manifestação de que esse não fosse mais um estudo de “gaveta”, como outros realizados naquele assentamento, sem contribuições práticas à comunidade.

Estrategicamente, os primeiros dados foram produzidos na agrovila por congregar muitas pessoas. A despeito do agendamento das visitas à agrovila, a pesquisadora não sabia de antemão qual família a acolheria nos dias que permaneceria no assentamento, pois isto era definido pelos próprios moradores. Destaca-se que, para aquela comunidade, aspectos banais do cotidiano, como receber alguém em sua residência, também segue a lógica da cooperação e dos princípios de organização social, política e familiar dessa vida em comum.

Uma inquietação que emergiu no processo de produção dos dados referiu-se às anotações no diário de campo. Dependendo da situação observada, esses registros foram feitos com naturalidade. Mas, nem sempre pareceu ético e adequado fazê-los na presença de pessoas com as quais se estava interagindo. Por isso, optou-se pela saída discreta do cenário para registro, em ambiente reservado, dessas interações/observações, a fim de não perder a riqueza e garantir fidedignidade aos dados. Quanto às anotações analítico-reflexivas, foram realizadas fora do assentamento.

A presença no cenário estudado, as intenções, visão de mundo e necessidades da pesquisadora produzem contatos íntimos que abarcam as relações humanas. Como essa presença não é neutra, isso poderia ter implicações no cotidiano dessas pessoas e, de alguma maneira, se conformar em elemento de constrangimento, o que exigiu vigilância ética durante o percurso de produção da pesquisa.

Desde essa perspectiva, foram necessárias sucessivas aproximações e distanciamentos desse cenário no processo de pesquisa para a persecução de uma postura vigilância epistemológica, ética e reflexiva, ainda que sensível, em prol do “estranhamento” daquilo que, a partir da imersão cotidiana no campo em estudo passou a ser corriqueiro.

Essa dimensão crítica ancora-se na perspectiva hermenêutica, a partir dos movimentos de suspeita/dúvida e de concordância. Muitas vezes, a imersão no cenário em estudo favorece a absorção do significado das coisas mais radicalmente. Porém, esse estranhamento não significa a negação da importância de suas histórias, nem da ideologia de um movimento político que anima o ambiente em estudo. Mas a própria ação interpretativa implica, também, em problematizar os fatos e dados produzidos na pesquisa mediante um processo de suspeição e de identificação de outros significados na perspectiva de uma totalidade compreensiva mais densa e profunda.

A saída do cenário estudado pelo encerramento do trabalho de campo também foi gradual, pois das vivências naquela comunidade, relações sociais e de afetos foram sendo tecidas e ressignificadas, o que motivou e justificou

alguns encontros durante a elaboração do relatório de pesquisa, especialmente nos eventos festivos para os quais a pesquisadora era convidada.

4. CONCLUSÕES

Para além de conhecimentos científicos e reflexões acadêmicas, as vivências dessa pesquisa produziram outros significados na medida em que se configurou em um encontro entre atores sociais.

Para a pesquisadora no campo da promoção da saúde de mulheres, produziu o deslocamento da professora de enfermagem, descolada de seu contexto familiar e social a partir da entrada no Assentamento 16 de Março, a qual passou a estar implicada nele e com ele, afetando e sendo afetada pelas pessoas que lá viviam, trabalhavam e estabeleciam relações sociais e de afeto, conformando novas subjetividades.

Na medida em que a pesquisadora trilhava o caminho no processo de pesquisa ao transitar pela comunidade com “a mochila nas costas”, deixou de ser uma observadora externa dos acontecimentos e passou a fazer parte ativa deles. Esse “estar no campo” possibilitou a captura de nuances dessas relações que seriam impossíveis de serem percebidas por quem estivesse fora daquele cenário.

Esse viver a pesquisa com “a mochila nas costas” representou, simbolicamente, o movimento de ruptura com um modo individualista de andar a vida e de ver o mundo a partir da “afetação” e do “encontro” com pessoas que convivem sob as perspectivas da coletividade, da solidariedade e da partilha, conferindo materialidade à compreensão do valor social de uma vida “em comunidade” e do lugar de cada um no mundo como direito humano fundamental de cidadania.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABRAL, F.B. Ciranda de Roses: vulnerabilidades, demandas e necessidades em saúde de trabalhadoras em assentamento rural. 2014. 327 f. Tese (Doutorado Ciências/Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 2014.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2010.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE

TRAUMATOLÓGICO VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Cristiane dos Santos Oliveira¹; Pâmela Pereira Mourão²; Sidnei Morales³;
Graciela de Brum Palmeiras⁴; Ana Paula Escobal⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – cristianeoliveirarg@hotmail.com

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – pamelamourao15@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – sidneimorales@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – anapailaescobal@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande – graciela_brum@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes traumáticos têm crescido muito nas estatísticas de diagnósticos e internações hospitalares, devido ao aumento da violência urbana e da quantidade de veículos automotores. Há o predomínio de pacientes do sexo masculino (89,6%) entre as vítimas de lesões por causas externas, sendo que destes 48% tem entre 20 a 49 anos (CASTRO, et al., 2013).

O processo de reabilitação para as vítimas de acidente de trânsito requer o planejamento adequado para a implementação de cuidados que proporcionam ao paciente a sensação de independência a partir do autocuidado (FARO, 2006). As alterações físicas podem provocar reações emocionais que dificultam a realização de adaptações nas tarefas cotidianas do paciente.

A assistência de enfermagem traumato-ortopédica, especificamente em situações de trauma, transcende o estado físico, pois o trauma ortopédico ocorre de forma súbita. Portanto, o cuidado humanizado realizado pelo enfermeiro, ultrapassa os fatores físicos, emocionais, culturais, espirituais e sociais que podem estar afetados (CAMERON; ARAÚJO, 2011).

Neste contexto, o estudo de caso, apresenta-se como uma ferramenta de grande importância na enfermagem, pois, de acordo com Ventura (2007) é um método de estudo detalhado de um caso individual de doença no qual visando adquirir conhecimento sobre o fenômeno estudado.

Frente ao exposto, o estudo objetivou adquirir conhecimentos acerca desta condição e dos cuidados de enfermagem realizados a um paciente traumatológico vítima de acidente automobilístico, visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio da utilização do método de estudo de caso.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico, que utiliza a investigação de elementos como instrumento de colaboração em diversas áreas de conhecimento, a fim de compreender o indivíduo como um todo, baseando-se em fenômenos sociais, culturais e econômicos, tendo uma visão holística que

retêm informações necessárias para desencadear resultados e conclusões (YIN, 2015).

A pesquisa foi realizada por acadêmicos da faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, na unidade traumatológica de um hospital no município de Pelotas. O paciente selecionado para o estudo é L.R., branco, 26 anos, casado, com diagnóstico de luxação interfalangiana proximal e medial do dedo anelar esquerdo, fratura de tíbia esquerda e lesão circunferencial do maléolo esquerdo.

Os dados foram coletados no mês de setembro de 2016, através de anamnese, exame físico céfalo-caudal e realização de procedimentos para identificação de informações necessárias para a elaboração de plano de cuidados, incluindo diagnósticos de enfermagem, prescrição de cuidados e plano de alta hospitalar. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o sigilo e anonimato do paciente foram preservados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização do processo de enfermagem foi utilizada a teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Horta (1979), tendo como classificações as necessidades psicobiológicas, psicossociais e as psicoespirituais.

Após a realização da anamnese e exame físico foi possível identificar as necessidades humanas básicas e a partir deste contexto foi elencado Diagnósticos de Enfermagem de acordo com o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2013) e posteriormente os cuidados de enfermagem (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004) relacionada ao paciente L.R. Os principais Diagnósticos de Enfermagem elencados foram: 1) Capacidade de transferência prejudicada relacionada a limitações ambientais (fixador externo) evidenciadas por incapacidade de transferir-se para/ou do vaso sanitário; Os cuidados elencados foram: trancar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências do paciente, SN, usar técnica adequada ao transferir o paciente da cadeira de rodas e para ela, ao vaso sanitário, para a cama e da cama e assim por diante, orientar o paciente a chamar auxílio ao movimentar-se e providenciar um assento mais alto para o vaso sanitário para facilitar a transferência; 2) Integridade da pele prejudicada relacionado a trauma evidenciado por destruição de camadas da pele; Os cuidados elencados foram: observar as características da lesão e drenagem, M/T/N, manter a lesão livre de fiapos e talco das luvas, Contínuo, esguichar sobre a lesão soro fisiológico 0,9% aquecido, conforme prescrição médica, M, manter coberto, apropriadamente, com campo estéril, manter técnica asséptica no curativo ao fazer os cuidados da lesão, M, examinar a ferida a cada troca de curativo, M, comparar a registrar regularmente toda mudança na lesão, SN e posicionar de modo a evitar cada tipo de tensão sobre a lesão, SN. 3) Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a trauma evidenciado por edema e função motora alterada no membro inferior esquerdo; Os cuidados elencados foram: monitorar a circulação, os movimentos e as sensações da extremidade afetada, M, realizar uma avaliação completa da circulação periférica (pulsos periféricos, edema, cor e temperatura), M e elevar os membros edemaciados, Contínuo.

4. CONCLUSÕES

A realização do estudo de caso permite ao pesquisador, uma maior aproximação com o indivíduo participante da pesquisa, colaborando na autonomia, no planejamento e na assistência do cuidado ao paciente e família, além de orientar, estimular e encorajar a equipe interdisciplinar de saúde. Essas vivências oportunizam a implementação do cuidado humanizado com olhar voltado para a individualidade do paciente, proporcionando a assistência de enfermagem transcendendo o padrão mecanicista.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMERON, L.E.; ARAÚJO, S.T.C. O estudante de graduação e a assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Revista Latino Americana de Enfermagem** Universidade de São Paulo, v.19, n.6, 1391-1397p, nov./dez. 2011.

CASTRO, R. R. M. et al. Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. **Acta Ortopédica Brasileira**, v.21, n.4, p.191-194, 2013.

FARO, A.C.M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, v.40, n.1, 128-133p, 2006.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2012-2014**. Artmed, Porto Alegre, 2013.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ**, v.20, n.5, 383-386p, 2007.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 320p, 2015.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS-

OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSE ETÍLICA

VANDERLÉIA DA SILVA OLIVEIRA¹; ÂNDRIA COLLARES CARDOSO COSTA²; CAROLINE BRUZZA ALMEIDA³; CLEBISMAR COUGO DE OLIVEIRA⁴; MATHEUS LUIZ BRASIL⁵ CRISTIANO PINTO DOS SANTOS⁶

¹Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – vandy.o@hotmail.com

²Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – andria.ccardoso@gmail.com

³Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – carolbruzza@hotmail.com

⁴Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – clebismar_cougo@hotmail.com

⁵Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – math.brasil@live.com

⁶Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente no curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – cristianosantos@urcamp.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A dependência e o uso nocivo de álcool são importantes fatores de risco para diversas doenças e lesões que ameaçam a saúde, sendo responsáveis por aproximadamente 2,5 milhões de mortes por ano, sendo que de 20% a 50% da ocorrência de cirrose hepática (PORTUGAL; et al., 2015).

O transplante hepático é considerado uma das cirurgias mais complicadas da atualidade, pois nenhuma outra interfere em tantas funções do organismo. O procedimento complexo, com repercussões clínicas em vários sistemas orgânicos, necessita de uma boa infraestrutura hospitalar, além de uma equipe multiprofissional especialmente capacitada para sua realização (ARAÚJO; et al., 2012).

Nesta complexa fase de pós-operatório, a equipe de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, tem uma atuação imprescindível no cuidado aos pacientes transplantados hepáticos. O cuidado de enfermagem deve ser intensivo e envolver dedicação e vigilância, já que, assim como outras cirurgias de grande porte, há risco de repercussões hemodinâmicas que exigem conhecimento técnico-científico para atuar nos momentos de instabilidades (ARAÚJO; et al., 2012).

2. METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho é descrever a importância das ações do cuidado de enfermagem em Unidades de Internação de Transplantados pós-operatória. Para responder o objetivo deste estudo foi realizada uma revisão integrativa operacionalizada por meio do acesso de artigos publicados no período de 2010 a 2017, indexados nas bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic On-line) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no mês de agosto de 2017. Para a seleção dos estudos disponíveis utilizaram-se os seguintes descritores: “Cirrose Hepática Alcoólica” “Transplante de Fígado” “Enfermeiro” e “Cuidados Pós-Operatórios/Enfermagem”. A partir da busca obteve-se 08 artigos, sendo eliminado um por motivo de repetição, totalizando 07 registros disponíveis em texto completo online.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos publicados sobre as ações de enfermagem no cuidado com o paciente no pós-operatório, nesta pesquisa, apresentaram os seguintes resultados: evidências científicas mostram que alterações de ordem psicológica podem estar presentes no pós-operatório devido às reações fisiológicas do mau funcionamento do fígado ou a presença de complicação. Nesse foco a equipe de enfermagem deve se familiarizar com o campo da saúde mental, que visa minimizar a dor e o sofrimento das pessoas e favorecer a saúde, atendendo e satisfazendo as suas necessidades, sejam elas biológicas, sociais, econômicas, psicológicas ou culturais (AGUIAR; BRAGA, 2011).

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório estão direcionados para a implementação de intervenções voltadas para a prevenção ou detecção das complicações cirúrgicas do enxerto e dos demais sistemas – cardiovascular, respiratório, digestivo, entre outros. Apesar de o paciente apresentar problemas de oxigenação, nutrição, eliminação, dificuldade na ingestão de líquidos devido às manifestações esperadas de um pós-operatório, principalmente as dores, os problemas foram amenizados pelas intervenções de enfermagem.

Na fase pós-cirúrgica, além da reabilitação física do trauma anestésico, o paciente conseqüentemente demanda assistência complexa assistencial multiprofissional e, em particular, de enfermagem. Como parte do tratamento pós-transplante o paciente usa imunossupressores pra prevenir a rejeição do novo órgão, o que, conseqüentemente o expõe a um risco maior de adquirir infecções graves (CARVALHÊDO; et al., 2010).

O cuidado de enfermagem ofertado no pós-operatório deve ser qualificado e holístico voltado ao compromisso ético entre o profissional e o paciente visando uma construção mútua de respeito às individualidades. O trabalho exige da equipe de enfermagem empenho em atender às demandas que se caracterizam pela necessidade de atenção aos aspectos biopsicossociais normalmente afetados. O papel da enfermagem neste contexto é inquestionável, pois é uma profissão autônoma, que possui um corpo de conhecimentos próprios que embasam suas ações de cuidados (ARAÚJO; et al., 2012).

4. CONCLUSÕES

A cirrose hepática traz consigo uma série de limitações, afetando as relações interpessoais do paciente. As manifestações clínicas, a preocupação com a doença os internamentos, e a cirurgia para o transplante do órgão, fragilizam a qualidade de vida do indivíduo em múltiplas dimensões.

A prática das ações de enfermagem por meio da realização de cuidados direcionados para o preparo do paciente em diferentes fases do processo visa à prevenção e a detecção precoce de complicações pós-operatórias. Além disso, a equipe atua no suporte emocional do paciente, ofertando tratamento adequado e escuta sensível e respeitosa, proporcionando condições para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Os profissionais de enfermagem precisam exercer a educação para a saúde junto aos transplantados de fígado, objetivando suprir a falta de informação dos pacientes que realizam esse tipo de transplante. Para o sucesso do procedimento, é necessário que orientações

importantes quanto ao acompanhamento ambulatorial, indicando cuidados específicos, em relação à medicação prescrita, exames laboratoriais, uso de imunossupressores, datas de retorno em consultas sejam rigorosamente cumpridas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M.I.F.; BRAGA, V.A.B. Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.13, n.3, 413-21p, set. 2011. ISSN 1518-1944. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12234/10642>. Acesso em: 10 ago. 2017.

ARAÚJO, B.; et al. Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online]**, v.16, n.4, 754-60p, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728365016>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

CARVALHÊDO, F.; et al. Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy. **Revista de Enfermagem [Online]**, v.3, n.1, 29-38p, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239960004>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

PORTUGAL, F.B.; et al. Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v.20, n.2, 491-501p, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.01142014>. Acesso 10 de agosto de 2017.

A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO CRIATIVO SENSÍVEL NA PESQUISA DE ENFERMAGEM: POTENCIALIDADES E DIFICULDADES

Ananda Rosa Borges¹; Taniely da Costa Bório²; Mariana Domingos Saldanha³;
Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – nandah_rborges@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – tanielydacb@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – marianadsaldanha@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – r.gabatz@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A abordagem qualitativa destaca-se por ser voltada a um encontro da subjetividade entre pesquisador e participante, tendo como objetivo aprofundar-se no mundo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO; GOMES, 2012). Essa forma de abordagem permite a utilização de diversas técnicas para a coleta de dados. Nessa pesquisa buscou-se utilizar o Método Criativo Sensível (MCS), enquanto referencial metodológico para a construção dos dados.

O MCS apoia-se na escolha de uma amostra intencional, que pode expressar suas ideias e opiniões livremente, sendo um aspecto fundamental. O participante e o pesquisador estabelecem uma relação de cumplicidade na construção do conhecimento, sendo indispensável no processo a dialogicidade. As dinâmicas do método criativo sensível possuem uma questão norteadora, a partir da qual os participantes podem ampliar a discussão englobando outras questões que forem suscitadas. Assim, o tema pode-se desdobrar e mostrar outras facetas ocultas no tema original (CABRAL, 2008).

Nesse contexto, as dinâmicas permitiram conhecer a visão da criança e do adolescente com anemia falciforme acerca da assistência de saúde que eles recebem. Como a anemia falciforme é uma doença que demanda grande quantidade, qualidade de cuidados e assistência aos pacientes, torna-se importante realizar pesquisas que busquem conhecer a visão de quem necessita dos serviços, para melhorá-los e possibilitar um atendimento digno e adequado aos envolvidos. Sendo assim, destaca-se a necessidade de selecionar referenciais metodológicos adequados que permitam a construção de dados de acordo com as vivências da população escolhida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utilizou o MCS como referencial metodológico. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a junho de 2017, com sete crianças e adolescentes de 8 a 16 anos, com doença falciforme, que são acompanhados em um ambulatório de uma instituição de ensino pública do sul do país. Para realizar a coleta de dados utilizou-se duas dinâmicas do MCS, a dinâmica do almanaque e a do mapa falante.

Após a coleta das informações estas foram analisadas pela análise de conteúdo temática. Essa análise relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a parte descrita e analisada do texto com os fatores psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. Consistindo em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (MINAYO; GOMES, 2012).

A pesquisa foi realizada seguindo os pressupostos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dinâmica selecionada, primeiramente, para a construção das informações foi a do Almanaque. Essa trata da produção de um almanaque, utilizando gravuras, desenhos e escrevendo notas, contando uma história que responda a questão norteadora. Na primeira etapa a dinâmica foi realizada com uma criança e não propiciou a construção suficiente de dados, então optou-se por modificar a dinâmica e a estratégia de abordagem.

Dessa forma, a segunda dinâmica utilizada foi o Mapa Falante, que visa a elaboração de um mapa, de acordo com a percepção da criança ou adolescente, podendo-se utilizar desenhos e figuras e escrever notas sobre os mesmos, buscando responder à questão norteadora. A dinâmica foi desenvolvida em cinco momentos: no primeiro foi realizada a apresentação individual; no segundo apresentou-se o material a ser utilizado; no terceiro explicou-se a dinâmica, explicitando a questão norteadora, e a realização da mesma pelo participante; no quarto o participante apresentou a produção e no quinto momento analisou-se a produção elaborada (CABRAL, 2008).

Para a realização da pesquisa, primeiramente, os participantes foram contatados no grupo, entretanto como o grupo não estava mais se reunindo a pesquisadora teve que contatar os participantes por telefone, individualmente, para marcar um encontro. Devido a dificuldades de conciliar horários e de deslocamento, não foi possível que todos participassem da coleta no mesmo momento, conforme prevê o MCS. Então, foi necessária uma adequação, aplicando-se a dinâmica individualmente. Para tanto, foram combinados a data e o horário da coleta com as crianças e adolescentes que aceitaram participar da pesquisa, em suas residências.

A implementação da dinâmica ocorreu solicitando a cada participante querespondesse a questão norteadora: “Conte-me porque lugares você passou quando estava doente e como você percebeu o cuidado que recebeu”. Para isso, o participante pode utilizar os recursos oferecidos pela pesquisadora, a saber: folhas de ofício, lápis de cor, canetinhas, imagens, tesoura e cola. Após a realização da atividade, o participante apresentou e explicou a sua produção. Por fim, foi realizada a análise, na qual o participante pode emitir opinião sobre as questões levantadas na produção e discutir sobre as mesmas com a pesquisadora.

Ressalta-se que a pesquisa teve importantes limitações, contudo possibilitou a elaboração dos dados para pesquisa. Dentre as limitações, destaca-se a dificuldade de reunir todos os participantes da pesquisa em uma única ocasião, o que impactou na aplicação do MCS, sendo possível, utilizar apenas as suas dinâmicas, em encontros individuais. Destaca-se ainda, a importância da adequação do método e da dinâmica escolhida, inicialmente permitindo que a coleta fosse adaptada à realidade encontrada.

4. CONCLUSÕES

O uso das dinâmicas do MCS possibilitou conhecer a visão da criança e do adolescente com Anemia Falciforme acerca de sua assistência de saúde. Portanto, apesar das dificuldades encontradas na utilização do método, ele foi crucial para atingir os objetivos propostos, mostrando-se adequado para pesquisas dessa natureza.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>. Acesso em: 15 set. 2016.

CABRAL, I. E. O método criativo sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M. (org). Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: **Guanabara Kogan**, 177-203p, 2008.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: **Vozes**, 2012.

**AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DE UM CAPS SOBRE A
GARANTIA DE SEUS DIREITOS HUMANOS**

VINÍCIUS BOLDT DOS SANTOS¹; CLARISSA DE SOUZA CARDOSO²;
MIRELA PICKERSGILL³; FÁBIO REIS KRUG⁴

¹Universidade Federal de Pelotas 1 – vini_boldt@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas 2 – cissascardoso@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas 3 – mirelapick@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas 4 – fabio_rk12@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende responder quais as percepções dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Pelotas/RS com relação à garantia de seus direitos humanos. Os Direitos Humanos são aqueles que são inerentes ao ser humanos pelo simples fato de pertencer à raça humana, são fundamentais para a dignidade humana, são também universais, portanto não excluem qualquer pessoa ao redor do globo, independente de religião, etnia, sexo, classe, vertente política e demais fatores de classificação humana, em outras palavras, direitos humanos ignoram qualquer categorização no âmbito de sua proteção. Neste sentido a Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas enuncia que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948). Utilizando deste entendimento sobre os Direitos Humanos é que o presente objeto de pesquisa será analisado.

2. METODOLOGIA

A metodologia para desenvolver a presente pesquisa será qualitativa e descritiva. Os dados serão coletados em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Pelotas/RS, a escolha do local do estudo ocorreu por tratar-se de um serviço de saúde mental que visa à reabilitação e a reinserção do usuário através de medidas que respeitam os enunciados dos direitos humanos. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com usuários do CAPS que estiverem aptos a participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a explicação dos riscos da pesquisa será informado que eles poderão desistir da participação a qualquer momento.

As entrevistas serão gravadas em meio digital e realizadas no próprio serviço em sala que garanta a privacidade do participante. Utilizar-se-á a Análise de Conteúdo para analisar os dados e espera-se obter os recortes que consigam responder os objetivos do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado brasileiro por estar inserido entre os países que se comprometeram com a proteção dos direitos humanos e ser um país integrante da Organização das Nações Unidas, precisa assegurar que todos os preceitos referendados na Declaração Universal dos Direitos do Homem sejam respeitados e aplicados, o que resulta na obrigação de que suas políticas públicas atuem no sentido de construção de uma sociedade igualitária, justa, respeitando a diversidade e consolidando uma cultura democrática com cidadania para todos (RODRIGUES, 2007). Infelizmente, podemos observar que a realidade brasileira, impõe vários percalços no cotidiano da população para o exercício pleno de seus direitos humanos mais básicos, situação que é ainda mais complicada quando se trata de grupos mais frágeis. As pessoas com vulnerabilidade recebem atenção especial em diversos ordenamentos como no caso das pessoas com transtornos mentais com a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental de 1971 e a Resolução 46/119 da Assembleia Geral da ONU que dispõe sobre a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental (VENTURA, 2012). O Brasil seguiu o mesmo caminho das organizações internacionais promulgando em seu território legislações específicas como, por exemplo, o CFM 1.598/00, criando regimentos para o atendimento médico a pacientes portadores de transtornos mentais e a Lei 10.216/2001 (conhecida com a Lei da Reforma Psiquiátrica) que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRITO, 2012).

O Brasil teve ainda todo um movimento de Reforma Psiquiátrica que iniciou na década de 70 e que culminou com a criação da Rede de Atenção à Saúde Mental (parte do Sistema Único de Saúde), e originou uma rede organizada composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Hospitais Gerais e Ambulatórios de Saúde Mental. É uma rede pública, de base municipal e com controle social que fiscaliza e gere o processo de Reforma Psiquiátrica (JORGE, FRANCA 2001; VENTURA, BRITO 2012). Todo esse processo contribui para a consolidação da proteção, dignidade e cidadania dos usuários de saúde mental e consequentemente dos seus direitos humanos.

4. CONCLUSÕES

Acredita-se que os CAPS influenciam positivamente na vida dos usuários, ao estimular-lhes a autonomia, a responsabilização no cuidado e o protagonismo sociocultural e político nos serviços e nas suas comunidades, resgatando os princípios que estabelecem os Direitos Humanos. Entretanto, quando ocorre o desrespeito à dignidade e a cidadania dos usuários vinculados ao CAPS estamos diante de evidentes violações de seus direitos humanos, e por esta razão é necessário buscar as percepções dos usuários sobre essas questões, para compreender quais as dificuldades por eles encontradas e dessa forma trazer soluções para que estas situações não voltem a ocorrer e que o próprio usuário através da informação possa estar apto a exigir respeito aos seus direitos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, E. S. d. e C. A. A. VENTURA. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo/SP, v.13, n.2, 41-63p, 2012.

JORGE, M.R e FRANCA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev Bras Psiquiatria**, Rio de Janeiro/RJ, v.23, n.1, 3-6p, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. New York: ONU, 1948.

RODRIGUES, M. B. **A Educação em Direitos Humanos no Projeto Político-Pedagógico da Escola Classe 304 Norte de Brasília**. 2007. 63f. Monografia de Conclusão de Curso de Bacharel em Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2007.

VENTURA, C. A. A. e E. S. de BRITO. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. **Rev. RENE**, Fortaleza/CE, v.13, n.4, 744-754p, 2012.

O PAPEL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO ENVELHECIMENTO ATIVO

Angelica Fagundes¹; Gustavo Baade de Andrade²; Janice Mendieta Lima³;
Marlene Teda Pelzer⁴

¹ Universidade Federal do Rio Grande – angelicabigliardi@yahoo.com.br

² Faculdade Anhanguera Pelotas;

³ Universidade Federal do Rio Grande;

⁴ Universidade Federal do Rio Grande.

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Em relação à longevidade do ser humano, podemos perceber nos últimos anos um crescimento acelerado da população idosa, relacionado a vários fatores como recursos tecnológicos que melhoram a qualidade de vida, redução da taxa de fecundidade, entre outros. Porém percebe-se também, um aumento na dependência do idoso devido às limitações físicas/psicológicas, doenças crônicas.

O envelhecimento é um processo natural que traz consigo estas limitações e essas doenças, mas também experiências positivas. Não podemos acreditar que todos os indivíduos envelhecerão da mesma forma, precisamos avaliar sua história de vida e orientá-los sobre a melhor maneira de obter qualidade de vida (Pereira, et al, 2015).

Frente a esta realidade, os profissionais de enfermagem desempenham um papel importante no cuidado ao idoso, tendo como desafio a promoção de ações educativas que lhes tragam autonomia e autocuidado.

Diante disso, tem-se como questão norteadora: Qual o conhecimento científico construído sobre o papel do profissional enfermeiro na promoção de saúde no envelhecimento ativo?

Com base neste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio da literatura produzida sobre o papel do profissional enfermeiro na promoção de saúde no envelhecimento ativo.

2. METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como revisão integrativa, exploratória, descritiva com abordagem quantitativa, e tem por finalidade conhecer a produção científica sobre a temática em estudo. A busca foi realizada via online na biblioteca virtual em saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), fazendo uso dos descritores: Envelhecimento, Enfermagem e longevidade. Os critérios de inclusão envolveram somente artigos publicados em português, inglês e espanhol no período de 2010 à 2016 e estudos com disponibilidade eletrônica gratuita, resultando em uma amostra de 10 artigos. A análise e interpretação, à luz do referencial teórico, foram observadas, seguindo os passos indicados por Minayo (2010), as seguintes fases: pré-

análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Em relação aos aspectos éticos foram observadas e respeitadas as autorias de todos os autores dos artigos selecionados na BVS, e a Lei do Direito Autoral realizando-se as devidas referências, tanto na transcrição direta como indireta.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Envelhecer é parte do processo natural da vida, caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais. As recentes políticas de atenção à saúde do idoso, coerentes com as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS), se voltam para programas que dão ênfase ao envelhecimento ativo, aumentando assim a expectativa de vida e a promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2006).

O envelhecimento ativo trata-se do equilíbrio entre o declínio natural das capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção de resultados a partir das estratégias propostas pelos profissionais da saúde em conjunto com a pessoa idosa (Valcarenghi, et al, 2015).

A OMS traz como definição para envelhecimento ativo a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, na medida em que as pessoas ficam mais velhas”. Contudo, a OMS define saúde como sendo o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade. Sendo assim, reduz o idoso a uma pessoa não saudável, já que o processo de envelhecer traz consigo o surgimento de doenças crônicas (Pereira, et al, 2015).

O enfermeiro deve compreender o envelhecimento e as alterações o acompanham, e com isso, utilizar estas políticas como ferramenta para a construção de um conceito ampliado de saúde e para adquirir habilidades para lidar com as adversidades e situações que surgirão no desempenho de suas atividades.

O enfermeiro deve estimular o idoso a ser proativo, a participar do seu processo de cuidado e a desenvolver competências para a promoção da sua saúde.

A pessoa idosa precisa de cuidados relacionados diretamente ao desenvolvimento de sua autonomia e de sua individualidade, o profissional enfermeiro deve atuar como facilitador neste período de adaptação.

Contudo, Ilha et al (2016) chama a atenção quanto a duas situações que precisam ser observadas e evitadas, são elas: “considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural”, isso pode impedir que sejam detectadas possíveis doenças e com isso elas não serão tratadas.

A outra situação refere-se a “tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência, ou seja, pelo processo natural do envelhecimento”.

4. CONCLUSÕES

Pode-se então concluir que para o idoso ter um envelhecimento ativo o enfermeiro deve desenvolver ações de educação para o auto cuidado e

autonomia, servir de agente de comunicação, proporcionar à pessoa idosa grupos de apoio, criando assim, um espaço de acolhimento, socialização, troca de conhecimentos. Além disso, motivar este idoso durante este período de aceitação e adaptação trazidas pelo processo de envelhecer.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet], 2006. [updated 2015 jun 25; cited 2012 oct 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt_2528_19_10_2006.htm.

ILHA.S. et al. Envelhecimento Ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. **Fundam. Care**. Online, v.8, n.2, 4231-4242p, 2016.

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

PEREIRA,J.K.; GIACOMIN,K.C.; FIRMI,J.O.A. A funcionalidade e a incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.7, 1451-9p, 2015.

VALCARENGHI,R.V. et al. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm**, v.68, n.4, 705-12p, 2015.

O OLHAR ANTROPOLÓGICO DA AUTOATENÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

Marjoriê Da Costa Mendieta; Rita Maria Heck²

¹Universidade Federal de Pelotas – marjoriemendieta@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – rmheckpillon@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Predominam nas pesquisas em saúde a abordagem biomédica, com enfoque na doença. Esta é uma lógica de compreensão do sofrimento humano, entretanto há outras perspectivas importantes, entre estas, a singularidade da experiência da doença. Esta lógica dá centralidade ao ator social, aos valores, a saúde e doença enquanto processo de vida de interface com o tempo e o espaço. Estas singularidades nem sempre vem das diferenças biológicas, mas das diferenças socioculturais. Com isso, as questões relacionadas à saúde e à doença podem ser pensadas e pesquisadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (LANGDON; WIIK, 2010).

Autores como Kleiman, Geertz e Menéndez podem auxiliar na compreensão de que a saúde e a doença estão relacionadas com a questão cultural, e por consequência, podem dar suporte para pesquisas em saúde preocupadas em humanizar o cuidado e olhar a pessoa com autonomia, como ativa na construção da sua trajetória de vida.

Investigar a questão cultural é uma maneira de compreender as pessoas e grupos em sua integralidade e isso pode começar por um olhar voltado à realidade destes, no que se refere às diferentes práticas de cuidado. Nessa perspectiva, Menéndez (2003) compreende que as pessoas praticam diferentes formas de autoatenção em saúde, que são atividades constantes desenvolvidas pelas próprias pessoas ou grupos, de forma independente ou com referência a outras formas de cuidado (MENÉNDEZ, 2003). Desta maneira, por ser uma lógica diferente do enfoque biomédico, não deve ser excluída da compreensão dos profissionais que atuam no cuidado primário de saúde, muito menos deixados de lado nas investigações que estudam estes cenários.

Intencionados em aprofundar esta abordagem, este trabalho objetiva discutir a importância da Autoatenção para a pesquisa qualitativa em saúde.

2. METODOLOGIA

Consiste de uma reflexão fundamentada na abordagem teórica filosófica da antropologia, além da percepção das autoras a respeito do assunto abordado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As diferentes práticas de cuidado merecem atenção especial dos profissionais da saúde para que estes possam ampliar seu olhar para uma abordagem sociocultural. Ao encontro disso a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva que diferentes práticas sejam valorizadas, dentre elas a medicina tradicional, para que sejam colocadas em prática com cada vez mais segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2006; OMS, 2013).

Ao encontro dessa concepção, Menéndez (2005) acredita que a população transita por diversas formas de atenção. Dentre elas, o tipo biomédico, que fazem parte do sistema oficial de saúde; o popular e tradicional, no qual estão incluídos os profissionais informais; o *new age*, que inclui novas religiões comunitárias baseadas na cura; o tipo derivadas de outras tradições médicas, como a acupuntura; e ainda, o centrado na autoajuda, como grupos de alcóolicos anônimos.

Nessa perspectiva, Menéndez (2003; 2005) traz a autoatenção como forma de autonomizar o sujeito em busca da integralidade em saúde. A autoatenção refere-se às representações e práticas que as pessoas utilizam para controlar, facilitar, suportar, curar ou evitar processos que afetam sua saúde, em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta de profissionais, embora estes possam fazer referência para essa atividade. Envolve decidir de maneira autônoma ou relativamente autônoma a forma de agir das pessoas em busca pela saúde (MENÉNDEZ, 2005).

A autoatenção pode ser dividida em ampla e restrita, na qual a ampla são ações estabelecidas pela cultura da pessoa ou grupo, incluindo cuidados e prevenção de doenças como também atividades de preparação e distribuição de alimentos, coleta e uso de água, dentre outros. Já a restrita, refere-se às práticas intencionais aplicadas ao processo de saúde/doença/cuidado (MENÉNDEZ, 2003).

Recentes pesquisas realizadas no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) utilizaram a Autoatenção como parte do referencial teórico. Todas trouxeram contribuições importantes para a enfermagem em diferentes perspectivas, como o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares urbanos e rurais (MENDIETA, 2014), o sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais (CEOLIN, 2016), o cuidado no sistema informal de saúde (LOPES, 2016) e as interfaces de autoatenção no cuidado por famílias rurais (PIRIZ, 2013). Estas e outras pesquisas que vem sendo desenvolvidas na atualidade demonstram que o referencial antropológico tem muito a contribuir na pesquisa em saúde.

4. CONCLUSÕES

Referenciais da antropologia, a exemplo do referencial da Autoatenção de Menéndez, podem contribuir significativamente para pesquisas qualitativas em saúde, a fim de que a saúde possa ser compreendida em sua maneira ampliada e as pessoas possam ser compreendidas integralmente em seus contextos socioculturais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CEOLIN, T. **Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul**. 2016. 237f. Tese (Doutorando em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2016.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, p.18, n.3, 173-181P, 2010.

LOPES, C. V. **O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural em Pelotas/RS**. 2016. 152f. Tese (Doutorando em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2016.

MENDIETA, M. C. **Autoatenção e o conhecimento de plantas medicinais no contexto familiar de escolares**. 2014. 171f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2014.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, 185-207p, 2003.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v.14, 33-69p, 2005.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Organização Mundial de Saúde, 2013.

PIRIZ, M. A. **Autoatenção: interfaces de cuidado por famílias rurais da região Sul**. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

EXPERIÊNCIA DE PESQUISA QUANTITATIVA COM IDOSOS RURAIS

Denise Somavila Przylynski Castro¹; Celmira Lange²; Fernanda dos Santos³;
Andressa Hoffmann Pinto⁴; Marcos Aurélio Matos Lemões⁵; Daniel Nunes
Costa⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – deprizi@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – celmira_lange@terra.com.br

³ Universidade Federal de Pelotas – drenffernanda@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – dessahp@hotmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas – enf.lemoes@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – dncentf@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A realização de pesquisas com idosos têm alta relevância, pois segundo a Organização Mundial da Saúde, até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, isso reflete uma responsabilidade enquanto profissionais da área da saúde em conhecer essa população (WHO, 2005).

A maioria das pesquisas com idosos é realizada nas zonas urbanas. Dessa forma, a escolha em pesquisar a saúde do idoso rural busca preencher a lacuna existente no Brasil.

A população rural está envelhecendo, e um dos motivos desse processo, é o êxodo seletivo dos jovens (Rodrigues et al, 2014). A zona rural do município de Pelotas apresenta aproximadamente 22 mil pessoas, e dessas, quase 16% têm 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Diante do exposto, objetivou-se relatar a experiência do desenvolvimento de uma pesquisa com idosos residentes em zona rural.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da realização de pesquisa quantitativa na zona rural do município de Pelotas. A pesquisa “Prevalência da síndrome da fragilidade na população idosa”, foi realizada no ano de 2014, e teve como amostra total 820 idosos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir será detalhado todo o processo de planejamento e realização da pesquisa.

Fizeram parte da pesquisa cinco pós-graduandas, a professora orientadora, e cinco estudantes de enfermagem voluntários. Os resultados da pesquisa foram utilizados para defesa de três dissertações, duas teses e dois trabalhos de conclusão de curso.

Num primeiro momento, cada pós-graduada decidiu qual seria o objeto de estudo individualmente, resultando desse modo, além da síndrome da fragilidade, mais quatro temas: quedas, capacidade funcional, diabetes e

câncer de pele. Após essa fase, foram realizadas reuniões para construção do questionário da pesquisa. Ao total, foram 224 questões. Com o instrumento pronto, foi confeccionado um manual, para que todas os coletadores entendessem da mesma forma as questões.

A zona rural de Pelotas conta com 12 Unidades básicas de Saúde (UBS), porém duas não possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), as quais foram excluídas da pesquisa, por entender que seria necessário a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para localização dos idosos. Foi realizado cálculo proporcional de entrevistas por UBS, e uma lista com todos os prontuários que tinham idosos, realizando assim, o sorteio dos idosos. O cálculo de amostra, indicou que seriam necessários 820 idosos para ter poder estatístico, sendo assim, selecionou-se entrevistadores voluntários para a coleta de dados, devido a extensão do questionário. Após o recrutamento, foi realizado uma capacitação sobre o instrumento e manual de pesquisa.

Foi realizado um teste piloto, no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Pelotas, e evidenciou-se que era preciso ajustes para melhor entendimento do participante na pesquisa. Planejou-se a divisão de atividades entre as pós-graduandas que consistia desde xerox de materiais, revisar os instrumentos, contato com as UBS e digitação dos dados.

Na coleta de dados, contatava-se a enfermeira da UBS, para marcar a ida ao campo, não podia chover, como não podíamos ir logo após dias de chuva, devido as condições da estrada. A saída era de um ponto central da cidade as 7:30h da manhã, chegando a UBS por volta das 8:30h, dependendo da distância de algumas UBS. Fazia-se o sorteio dos prontuários, e após um mapa logístico para otimização do tempo. O almoço era em restaurantes da zona rural, e quando não havia essa possibilidade, levávamos lanche. O retorno geralmente ocorria às 17:30h. As primeiras entrevistas foram demoradas, mas logo fomos nos familiarizando ao instrumento, reduzindo significativamente o tempo de aplicação. Após as entrevistas diariamente, os questionários eram entregues para uma pós-graduanda que era responsável por revisa-los. Com a finalização da coleta, os dados foram digitados por dois digitadores independentes no software Epi Info® 6.04 e após transferidos para o pacote estatístico Stata® 11.1, para realizar as análises.

4. CONCLUSÕES

Realizar uma pesquisa em zona rural traz muitos desafios, porém trouxe também muitos ensinamento aos pesquisadores, desde todas as etapas do planejamento até a realização da coleta dos dados.

Durante o planejamento, as principais dificuldades foram relacionadas a construção do instrumento, pois para cada desfecho era necessário buscas na literatura que comprovassem ou não a relevância da pergunta. Na coleta de dados, que totalizou quatro meses também teve muitas dificuldades. O clima e as chuvas, foram os maiores desafios, por ter sido período de inverno. Muitos foram os dias, que as idas a campo foram canceladas. Outra dificuldade na coleta de dados era encontrar as casas, pois nem sempre contávamos com o auxílio dos ACS, e por não ter endereço, ruas e números, dificultou a localização.

Nos descobrimos fortes enquanto grupo de pesquisa, adaptando-nos a realidade local. Portanto, destaco que para o êxito de uma pesquisa quantitativa, é preciso planejamento, devido a complexidade da coleta de dados e passos a seguir. Um cronograma que considera todas etapas é importante para o sucesso ao trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RODRIGUES, L.R., SILVA, A.T.M., DIAS, F.A., FERREIRA, P.C.S., SILVA, L.M.A., VIANA, D.A., et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Rev eletr enf. [Internet]**, v.16, n.2, 278-85p, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf Acesso em 2017 ago 15.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Sócioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE; 2001-2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 2017 ago 15.

World Health Organization - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p, 2005.

**MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE
MENTAL E OS PROCESSOS MICROPOLÍTICOS NO DISCURSO DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA**

Carmen Terezinha Leal Argiles¹; Luciane Prado Kantorski²; Ana Paula Müller
de Andrade³

¹*Prefeitura Municipal de Pelotas e Prefeitura Municipal de Rio Grande -
carmen_argiles@yahoo.com.br*

²*Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) - kantorski@uol.com.br*

³*UNICENTRO - psicopaula@yahoo.com.br*

1. INTRODUÇÃO

O estudo analisa os modos de subjetivação dos trabalhadores em saúde mental e as micropolíticas produzidas nos CAPS a partir do processo de desinstitucionalização psiquiátrica brasileira, que propõe mudanças paradigmáticas em relação à concepção de loucura e das práticas desenvolvidas na atenção psiquiátrica, sendo um tema relevante para o campo da saúde mental e a formação nesta área.

O discurso da desinstitucionalização enfrenta valores estabelecidos e cristalizados, construídos a partir da racionalidade dicotômica em relação à vida, própria do pensamento científico moderno e parte constituinte do modo de ser dos profissionais da área de saúde, pela via da formação.

A particularidade da desinstitucionalização, enquanto uma formação discursiva se encontra na complexidade, que esta enuncia, quando questiona os conceitos produzidos pela ciência hegemônica, e traz para a cena de problematização o sujeito, para além de um conjunto de sinais e sintomas. Assim, problematizando aspectos referentes aos poderes que transitam no espaço da atenção psicossocial, em processo de reprodução dos lugares ocupados historicamente no dispositivo psiquiátrico.

2. METODOLOGIA

Utilizamos o referencial de Foucault (2013) problematizando os modos como os trabalhadores se subjetivam através dos discursos e práticas, que circulam em nosso tempo, e os efeitos destes na constituição dos sujeitos. Trabalhamos a partir das concepções enunciadas, mapeando os modos de subjetivação dos trabalhadores de CAPS, espaço que se constitui a partir do discurso desinstitucionalizante.

O referencial de análise do discurso se coloca potente para o estudo, que envolve sujeitos, subjetivação, relações políticas e práticas sociais. A atitude de problematizar é o modo como olhamos para os objetos, os desnaturalizamos, colocando-os no jogo do verdadeiro ou falso, rechaçando concepções construídas em torno destes. Assim, questionamos a desinstitucionalização da loucura, as relações micropolíticas que advém deste processo e os modos como os trabalhadores se subjetivam na experiência de produção de outras concepções e espaços para a loucura. Para tal análise, tomamos a problematização da constituição da desinstitucionalização, como

uma formação discursiva produzida no campo da saúde mental, após a reforma psiquiátrica no Brasil, que pressupõe aspectos de criação, singularização e multiplicidade, desafiando os trabalhadores e a micropolítica produzida, para além da formação técnica, propondo implicação política e subjetiva para que estas relações se constituam neste campo.

O *corpus* de pesquisa trata da materialidade, do objeto do estudo e de como o acessamos. Tendo como objeto a desinstitucionalização/reforma psiquiátrica, enquanto um constructo teórico que se direciona a uma prática social/Atenção psicossocial, que constitui-se enquanto uma micropolítica e os modos de subjetivação dos trabalhadores, que produzem e são efeitos destes discurso, colocando-se em processo, para dar vida a estes acontecimentos. Materializamos os objetos, nas proposições expressas em legislações, documentos e nas entrevistas com trabalhadores do CAPS de Alegrete, registros de diário de campo das observações realizadas em pesquisa.

O estudo realizou-se no CAPS de Alegrete-RS e os sujeitos do estudo compreendem os trabalhadores deste serviço. Como instrumento de informação, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, observação participante e os bancos da pesquisa CAPSUL. Ainda foram usados dados de observação e de depoimentos dos trabalhadores dos serviços de saúde mental de Trieste-Itália, campo de estágio do doutorado sanduíche.

3. RESULTADOS

A análise realizada subsidia a tese de que o discurso da desinstitucionalização da loucura constituiu-se como um novo regime de verdade no campo da saúde mental, este materializa-se nos serviços de CAPS, respondem a um conjunto de enunciados que problematizam a loucura, e os modos de relação desta com a sociedade. A produção deste discurso afeta os modos de subjetivação dos trabalhadores, produzindo processo de singularização, de agenciamentos e transformações nos modos de existência, implicando-se no cuidado do outro. A micropolítica do trabalho a partir do discurso da desinstitucionalização pressupõe a problematização das relações saber-poder que permeiam o campo psicossocial, e as relações da sociedade com a loucura, elaborando assim outros enunciados, que colocam este discurso como uma política de verdade no campo da saúde mental.

Deste modo, mapeamos uma série que entendemos, portar elementos que favoreceram e possibilitaram o pensamento desinstitucionalizante, neste determinado momento e não em outro. Esta série constitui-se a partir dos dados produzidos, visto a recorrência nas enunciações dos trabalhadores do CAPS de Alegrete, nos ditos e escritos, em documentos, legislações, concepções teóricas e outros elementos discursivos do campo da atenção psicossocial. Estas apontam premissas de igualdade, direitos humanos e inclusão social, como princípio e/ou finalidade das ações de desinstitucionalização.

Entendemos por série de acontecimentos discursivos, tal como Foucault (2013) aquelas formações discursivas que se articulam não como uma unidade, mas como um campo de relações, em que estes se encontram em sua regularidade e sua dispersão. Os trabalhadores do CAPS de Alegrete, em sua produção micropolítica, enunciam a perspectiva desinstitucionalizante, em identificação com princípios de uma sociedade que garante direitos, baseado

na igualdade entre os sujeitos e idealizam como finalidade da atenção psicossocial, um regime de inclusão social para todos.

Estas premissas veiculadas pelos trabalhadores e presentes na sociedade, se encontram na exterioridade do discurso de desinstitucionalização da loucura, de modo disperso, compõe associações e apresentam certas regularidades, com outros discursos de campos diversos. Neste estudo, encontramos os discursos de igualdade, direitos humanos e inclusão social, presentes de forma consistente na trama discursiva da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, sendo um aspecto significativo que se inscreve nos modos de subjetivação dos trabalhadores da atenção psicossocial.

4. CONCLUSÃO

Concluimos que o discurso da desinstitucionalização transcende o campo científico, teórico e técnico e envolve os sujeitos para além de sua cognição, trabalho ou racionalidade; implica uma postura de flexibilização das verdades estabelecidas, uma percepção ampliada da existência, e espaços de singularização e multiplicidades, a serem possibilitados para si e em relação ao outro, e ao mundo. Questionamos o modo como o trabalhador, engendrado pela política de desinstitucionalização no campo da saúde mental, transforma suas práticas e seu modo de ser sujeito trabalhador a partir dos contextos, que se produzem no campo do trabalho. O trabalho assume caráter central no processo desinstitucionalizante, considerando que as transformações propostas, incluem o modo de prestar um serviço à população, partindo de implicações objetivas e subjetivas, que colocam em relação sujeitos e seus modos de existência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 136p, 2003.

ANDRADE, A.P.M. Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos *experientes*. Tese (Doutorado) Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. Disponível em: <
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/123456789/99241/1/309269.pdf>.> .
Acesso em: 04 mar. 2015.

BASAGLIA, F. (org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 326p, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Amarante, Paulo. (org). Tradução de Joana Angélica Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 331p, 2010.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 608p, 2009.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 65-87p, 2001.

FOUCAULT, M. O sujeito e o Poder. In: Dreyfus H.L e Rabinow. P. Michel Foucault. **Uma trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 230-249p, 2009.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 551p, 1999.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V.1**. Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. 3º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 404p, 2010.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Ed. WMF Martins Fontes Ltda. São Paulo, 674p, 2011.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Sampaio. 22ª Ed. São Paulo: Editora Loyola, 79p, 2012.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France. (1973-1974). Tradução Eduardo Brandão.. 2ª Ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 528p, 2012a.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução Luis Felipe B. Neves, 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 124p, 2013.

KANTORSKI, L. P. Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (CAPSUL II). Pelotas, 2011. Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul.php>>. Acesso em 24/04/2014.

INSERÇÃO SOCIAL A PARTIR DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

Catia Gentile dos Santos¹; Thyliá Teixeira Souza² Luciane Prado Kantorski³

¹Universidade Federal de Pelotas – catia.gentile@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – thyliaSouza@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Entre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira, está a (re)inserção social das pessoas com transtorno mental na vida pública e coletiva, principalmente aquelas egressas de hospitais psiquiátricos, e que não contam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza (BRASIL, 2004).

Neste contexto, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) apresentam-se como um dispositivo na rede de saúde mental, para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, e destinadas ao cuidado das mesmas, viabilizando sua inserção na sociedade, contando com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2004).

Com base nisso, este trabalho tem o objetivo de refletir acerca da inserção social de usuários a partir do Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

2. METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte da pesquisa “REDESUL – Redes que Habilitam avaliando experiências inovadoras de composição de Redes de Atenção Psicossocial”. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), realizado em um Serviço Residencial Terapêutico do Município de Caxias do Sul, no período de maio de 2010. A pesquisa foi realizada a partir da observação de quatro coletadores, totalizando de 700h de observação de campo, da rotina do serviço, dos 20 moradores e da equipe com 15 profissionais.

Os dados foram registrados em diário de campo, seguindo os preceitos da resolução CNS196 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 073/2009. A análise de dados da observação e leitura dos diários de campo foi realizada com base nos artigos da revisão sistemática realizada sobre o assunto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos diários de campo, foi possível organizar os registros tomando por base o objetivo do trabalho, sendo possível perceber que os moradores do SRT são incentivados a circular por vários cenários da comunidade como mercado, banco, locais de lazer, além dos serviços de saúde, da inserção em programas de alfabetização e esporte. Esses momentos são acompanhados por profissionais que dão suporte ao que necessitam. Segundo Argiles et al (2013), as ações intersetoriais são indispensáveis na inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, com história de várias hospitalizações, afastamento familiar e isolamento social.

Os moradores são estimulados a interagir com as pessoas da comunidade, a não se posicionarem como doentes, a desenvolver tarefas com maior autonomia no social como andar na rua de forma segura, procurar lugares a partir da interação com as pessoas, manusear e administrar seu dinheiro, identificar o que precisa comprar e de que forma. Essa autonomia no social também é estimulada no conviver do SRT, no qual ocorre a divisão de tarefas na casa entre os moradores, são incentivados a maior autonomia com relação ao autocuidado, alimentação e organização de seus pertences. Local também onde ocorre a formação de vínculo entre os moradores e entre estes e os profissionais.

Desta forma, o SRT pretende resgatar a autonomia do morador por meio da convivência com os pares, cuidadores e comunidade no território,

possibilitando mudanças de comportamentos e de produção de vida (MATOS; MOREIRA, 2013). Autonomia esta que associada a apropriação de escolhas, atuam, constituindo-se um dispositivo potente na reconstrução da cidadania e inserção social (NÓBREGA, VEIGA, 2017).

A oportunidade de viver e poder circular pela cidade, situações antes impensadas para pessoas que experimentaram extensos períodos de internação hospitalar, efetiva a possibilidade de retomada de vida de forma independente, com autonomia, exercício de direitos e recuperação de espaços institucionais desejados e saudáveis. Também as redes sociais promovem aspectos de resgate de cidadania e a possibilidade de reinserção social, possibilitando a construção de vínculos capazes de romper a lógica da negação da loucura, instituída através de séculos de segregação em instituições manicomiais (ARGILES et al, 2013).

Para Matos e Moreira (2013), os SRT funcionam como locais em que as histórias pessoais se cruzam na convivência cotidiana com os companheiros de casa, vizinhos mais próximos e com o território. Assim, novas histórias são vivenciadas, novas identidades e possibilidades são construídas. Essas vivências no território abrem espaço à inserção do indivíduo nos mais variados contextos de vida, nos diversos cenários da sociedade, aprendendo com o outro e com o mundo que o cerca e, sobretudo, sendo reconhecido e legitimado seus direitos.

4. CONCLUSÕES

O Serviço Residencial Terapêutico constitui-se em um importante dispositivo no contexto da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental. Desafia as pessoas a se inserirem no social e na vida, não almejando somente atender às demandas de moradia, mas também o resgate da autonomia, da identidade, a retomada de direitos e inserção social, sendo cotidianamente resgatada nas atividades diárias, buscando o retorno à vida da cidade e ao convívio social. Mostra-se assim, uma ferramenta importante para a promoção de vida e saúde destes usuários em sofrimento psíquico.

5. REFERÊNCIAS

ARGILES, C. T. L. KANTORSKI, L. P. WILLRICH, J. Q. ANTONACCI, M. H. COIMBRA, V. C. C. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, 2049-2058p, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MATOS, B. G.; MOREIRA, L. H. O. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, V.17, n.4, set/dez 2013.

NÓBREGA, M. P. S. S. VEIGA, T. F. M. O significado de morar em um serviço residencial terapêutico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 7/1388, 2017.

**CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO PÓS-MODERNO A CERCA DA
SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES EMERGENTES**

ANDRÉIA FERREIRA BRETANHA¹; VALÉRIA COIMBRA²; DENISE
PRZYLYNSKI³; FERNANDA LISE⁴
Niviane Genz⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – andreiabretanha@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – deprizi@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – fernandalise@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – nivianegenz@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Para compreender o pós-modernismo, é preciso contextualizá-lo frente aos acontecimentos socioeconômicos, políticos e culturais. A modernidade é definida por Marx Weber como um processo crescente, racional e intelectual, ligado intimamente ao desenvolvimento científico que abrange as esferas de valores morais e culturais. É um novo tempo, de uma nova leitura de mundo. Percebe-se que na pós-modernidade, o cuidado e respeito à saúde, tornaram-se bens de consumo onde a sociedade disciplinar passou a preocupar-se mais com as subjetividades dos seres humanos e menos com o caráter mecânico e controlador (LUVIZOTTO, 2010).

A importância dada aos cuidados com a saúde mental na contemporaneidade incentivou a problematização do tema, tendo como fio condutor os estudos de alguns dos pensadores pós-modernistas, tais estudos estão em busca de contextualizações e correlações entre os discursos psiquiátricos, médicos e científicos e os constructos pós-modernos sobre a saúde mental. Estes conceitos dependerão da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada momento histórico. A partir destes referenciais o presente estudo objetivou conhecer as contribuições do pensamento pós-moderno para a atenção à saúde mental.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica que buscou construir reflexões a cerca das contribuições que os conceitos contemporâneos podem exprimir em benefício da atenção à saúde mental. E desta forma, problematizar este momento histórico nomeado por alguns autores como pós-modernidade (LYOTARD, 2008; HARVEY, 2007).

O percurso metodológico desta pesquisa foi estabelecido respeitando as seguintes fases da revisão de literatura: construção da pergunta norteadora; busca de materiais científicos da literatura através das palavras chaves: Saúde Mental; Pensamento Pós Moderno e Epistemologia. Para o acesso aos estudos, as buscas foram realizadas no motor de buscas Google Scholar.

Com base no objetivo central da pesquisa, a questão que norteou este trabalho busca responder a seguinte questão: Qual a contribuição do pensamento pós-moderno para a saúde mental?

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura explorada permitiu conhecer as contribuições do pensamento pós-modernistas para a atenção à saúde mental. Esta corrente de pensamento está intrinsicamente ligado às questões da saúde mental, pois trouxe, para o homem, mudanças significativas na sua experiência de tempo e espaço (GIDDENS, 1992), estruturando a produção das subjetividades.

De acordo com o polonês Zygmunt Bauman (2005, 2008), que tornou popular a expressão, “modernidade líquida”, na pós-modernidade tudo é fluído, tudo tende ao imediatismo, uma vez que nada mais é realmente concreto como parece, tempo e espaço são reduzidos a fragmentos; a individualidade predomina sobre o coletivo e o ser humano é guiado pela ética do prazer imediato como objetivo prioritário, denominado hedonismo.

A modernidade está associada às luzes do esclarecimento e da razão, refletindo um projeto libertário que critica o conservadorismo e elege o hiper-realismo como uma realidade objetiva, ou seja, a expressão máxima da contemporaneidade e das incertezas humanas (FONTENELLE, 2008).

O chamado “hiper-realismo” entra em choque com a existência cotidiana concreta, o que provoca certa perturbação na psique do Homem, fazendo com que muitas vezes a realidade e a ficção sejam contestadas, fato que acentua as características de alienação e comportamentos de instabilidade emocional.

Segundo Lipovetsky (2004,2007), os indivíduos desta era, são mais informados e mais desestruturados, mais adultos e mais instáveis, mais críticos e mais superficiais. Vivem inquietos e atemorizados e sentem-se detentores da felicidade privada, buscando a felicidade instantânea em pequenos fragmentos de sua história.

O mundo pós-moderno contribui para um ideal ilusório que leva pessoas infelizes a se portarem como se fossem felizes, por meio da busca incessante de objetos e momentos transitórios ofertados como promotores de felicidade; este comportamento tende a mascarar o desprazer. No entanto, vivenciar ou alcançar a felicidade parece ser um desejo comum a todos os seres humanos, em todas as épocas da história, diferindo apenas a forma que cada um escolhe para alcançá-la.

O prazer é, sem dúvida, a essência básica da felicidade, contudo, nem sempre exprime bem-estar, e quando isto acontece, pode originar um quadro de frustração que muitas vezes se torna penoso para o ser humano (LOPES, 2012).

Nessa lógica, a sociedade contemporânea abre caminhos para a produção e instalação de doenças mentais de modo gradativo, já que estimula e favorecem comportamentos dissociativos, capazes de desintegrar de maneira geral, os vínculos formadores de grupos sociais (HARVEY, 2007).

A experiência do espaço aberto e tempo contínuo, colocando a vida em movimentação constante e sempre em busca de algo mais ou além, passa a refletir um caráter de incompletude, a era pós-moderna, ou seja, tudo mantém-se inacabado (DELEUZE, 1992).

4. CONCLUSÕES

Na sociedade contemporânea, observa-se uma busca desenfreada por explicações biológicas, fisiológicas e comportamentais que possam dar conta das diversas formas de sofrimento psíquico. Entretanto, tais sofrimentos ganham intensidade mediante à fatos sociais relevantes que raramente são colocados em questão. Esta nova fase da história demonstra que o novo e o inimaginável, se estruturam gradativamente dando uma nova identidade cultural aos indivíduos. Por muito tempo, instituições como família, escola e religiões foram responsáveis quase que decisivamente pela formação da identidade dos indivíduos, todavia em situações em que os conflitos humanos se tornavam indissolúveis, a medicina e a psiquiatria assumiram o papel social de apresentar as ferramentas e soluções mais adequadas para uma mudança social capaz de oportunizar o reconhecimento.

Entende-se que algumas pesquisas científicas contemporâneas, por definirem saúde a partir de um referencial exclusivamente biológico, acabam padronizando comportamentos e patologizando quaisquer manifestações que se contraponham aos discursos de saber/poder e aos regimes de verdade ressaltados na pós-modernidade. Entretanto devem-se trazer ao debate tais discussões, buscando desafiar formas de adaptação, aceitação e construção de conhecimentos. Neste momento percebemos que a era pós-moderna sob a perspectiva talentosa de seus pensadores, contribui decisivamente para que possamos entender que benefícios ou prejuízos são estes, impostos a sociedade. Esta nova identidade cultural que está sendo construída tem raízes nos acontecimentos cotidianos e exprimem transformações tanto biológicas como intelectuais. Sendo assim, acredita-se que uma das chances de se compreender a construção social do binômio saúde-doença, tanto física como mental, é deixar emergir uma visão crítica e, portanto, menos ingênua e submissa dos regimes que refletem verdades absolutas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista à Benedetto Vecchi**. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 2005.

DELEUZE, G. **Post. -scriptum sobre as sociedades de controle**. Conversações 1992. Rio de Janeiro, Ed. 34, 219-226p, 1992.

FONTENELLE, I. A. **Pós-modernidade: Trabalho e Consumo**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 16. Ed. São Paulo: Loyola, 2007.

LOPES, B.C.O. A busca da felicidade e o bem-estar no mundo pós-moderno. 2012. Programa de Pós Graduação, Curso de Psicologia; Faculdades Integradas Doctum - Campus Teófilo Otoni, 2012.

LUVIZOTTO, C.K A racionalização das tradições no contexto da modernidade tardia: o caso das tradições gaúchas. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista-UNESP, 2010.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarola, 2004.

**CONDUZINDO PESQUISA COM FAMILIARES DE USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PLANEJAMENTO DE CAMPO E
CONTROLE DAS PERDAS**

CARLOS ALBERTO DOS SANTOS TREICHEL¹; VANDA MARIA DA ROSA
JARDIM²; LAÍNE BERTINETTI ALDRIGUI³

¹ Universidade Estadual de Campinas – carlos-treichel@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – vandamrjardim@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas - lainebertinetti@outlook.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Dentro da política atual de cuidado a indivíduos portadores de sofrimento psíquico no Brasil, os cuidadores informais, em geral familiares, constituem atores importantes no processo factual do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, pontua-se que nas últimas décadas, os familiares têm se constituído fortemente como um objeto de estudo deste campo de atuação.

Contudo, embora crescentes, as pesquisas com esses indivíduos continuam sujeitas a uma série de dificuldades logísticas que podem dificultar o trabalho de campo, ou mesmo levar a um alto número de perdas entre os participantes. Estudos anteriores, por exemplo, tiveram perdas estimadas de 23% (TREICHEL, et al., 2016) e 52,4% (TOMASI, et al., 2010). Em geral essas perdas estão relacionadas a fatores como desatualização dos dados dos serviços em relação aos usuários e familiares, dificuldades de acesso aos familiares e recusas em participar da pesquisa.

Dessa forma, é importante que os pesquisadores estejam atentos a necessidade de levar em conta essas situações no planejamento do estudo, bem como buscar estratégias de acesso que sejam potencialmente mais exitosas.

Portanto, no sentido de contribuir para estudos futuros, esse trabalho tem como objetivo descrever o planejamento amostral e estratégias de acesso utilizadas em uma pesquisa conduzida com familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial da 21ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios de abrangência da 21ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul no período de fevereiro a outubro de 2016.

Para definir o número de participantes foi realizado cálculo amostral que para prevalência, considerou uma frequência estimada de 50% com margem de 5 pontos e alfa (α) de 5%, resultando na necessidade de um N= 384. Já para associação, utilizando um poder de amostra de 80% com nível de significância de 5%, relação de não expostos/expostos de 1, Risco Relativo de

1,3 e considerando prevalência de 40% em não exposto, obteve-se um indicativo de amostra de N= 536. Logo, acresceu-se ao maior N indicado (N=536) 30% de indivíduos a fim de considerar perdas e controle de fator de confusão. Dessa forma, pretendeu-se aplicar o questionário à 697 familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.

Para seleção dos entrevistados, após sorteio dos usuários a partir das listas dos serviços, seus familiares cuidadores foram identificados, contatados e caso atendessem aos critérios de inclusão, convidados a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas nos serviços. Foram critérios de inclusão: Ser maior de idade; Estar envolvido nas atividades de cuidado do usuário do CAPS. Foram critérios de exclusão: Ser cuidador contratado formalmente.

O estudo foi submetido e aprovado, sob ofício de nº 1.381.759, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/2012. Os princípios éticos foram assegurados através de: consentimento livre e esclarecido; garantia do direito de não participação na pesquisa e anonimato.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percentual de perdas entre a amostra pretendida correspondeu a 22,95%, relacionado a insucesso no contato com os familiares, recusas e dificuldades em responder o questionário, sendo assim, a população final acessada pelo estudo foi de 537 familiares que foram submetidos à aplicação de um formulário pré-estruturado.

Entre os familiares entrevistados, 63,3% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 51,1 anos (DP = 13,3), com variação de 18 a 92 anos. Um percentual de 38,5% referiu possuir até 4 anos de estudo, enquanto 35,2% referiram ter estudado entre 5 e 8 anos e 26,2% 9 anos de estudo ou mais. Quanto à renda, 37,7% referiu renda per capita de até 0,5 salário mínimo, 41,2% referiu renda per capita de até 1 salário mínimo e 21% renda per capita superior a um salário mínimo. 59,7% dos entrevistados possuíam companheiro e 31% possuíam trabalho remunerado.

É possível apontar que o percentual de perdas foi semelhante ao encontrado por TREICHEL et al. (2016) em estudo anterior (23%). Embora possa ser considerada uma porcentagem alta, a mesma é inferior aquela encontrada por TOMASI et al. (2010), cujo teve uma perda de 52,4% dos familiares que pretendia alcançar.

Cabe ressaltar que as perdas neste estudo foram calculadas considerando o número de indivíduos que se pretendia acessar (N=697). Contudo, o número de entrevistados praticamente coincidiu com o mínimo necessário para preservar o poder de amostra projetado pelo cálculo amostral (N=536).

Dessa forma, sugere-se que embora a amostra tenha permanecido com um bom poder discriminatório das associações tal como adotado no cálculo, não houve margem para possíveis fatores de confusão que extrapolem os valores previstos.

4. CONCLUSÕES

A utilização de um acréscimo de 30% no N indicado pelo cálculo amostral foi suficiente para evitar que as perdas afetassem o poder da amostra. Contudo, é importante salientar que não restaram margens para atenuar com precisão possíveis fatores de confusão na análise. Dessa forma, sugere-se que a depender dos objetivos, estudos futuros conduzidos com populações semelhantes considerem um acréscimo amostral, pelo menos, igual ou superior ao deste estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TREICHEL, C.A.S.; et al. Clustering of minor psychiatric disorders and burden among family caregivers of individuals with mental illness. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, 585-590p, 2016.

TOMASI, E.; et al. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, 159-167p, 2010.

**ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA CONTROLE DE
QUALIDADE DOS DADOS EM ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS
POPULACIONAIS - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES**

MICHELE ROHDE KROLOW¹; KARLA MACHADO²; MARCIANE KESSLER³;
ELAINE THUMÉ⁴; BRUNO PEREIRA NUNES⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – michele-mrk@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – karlamachadok@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – marciane.kessler@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – elainethume@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – nunesbp@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A epidemiologia tem como objetivo avaliar o estado de saúde das populações por meio de dados quantitativos. Essa área busca identificar a causa das doenças e os fatores de risco relevantes, determinar a extensão das doenças encontradas na comunidade, estudar a história natural e os prognósticos, avaliar medidas preventivas e terapêuticas e modelos de assistência à saúde, e proporcionar bases para o desenvolvimento de políticas públicas para promoção da saúde (GORDIS, 2010). No entanto, a sua efetividade é viável por meio da confiabilidade e qualidade dos dados coletados com o rigor científico exigido pesquisa.

Este aspecto é chave para a produção de ciência, evitando erros no planejamento, execução e análise dos dados (PEREIRA, 2008). O controle de qualidade faz parte do rigor científico da pesquisa, caracterizado por atividades que procuram diminuir a possibilidade de viés durante a coleta e o processamento dos dados, buscando a qualidade e o nível de confiabilidade das informações adquiridas (SCHMIDT et al, 2013). Diversas etapas fazem parte deste processo, desde o treinamento dos entrevistadores, a construção e utilização do manual pela equipe de pesquisa, a revisão dos questionários, a conferência das entrevistas e certificação da aplicação do questionário, reaplicação de parte das perguntas para concordância e repetibilidade das respostas e toda a organização do trabalho de campo em si (SCHMIDT et al, 2013).

O controle de qualidade relacionado as entrevistas é geralmente realizado por meio de contato telefônico, em que são reaplicadas algumas questões pré-definidas para usualmente 10% da amostra. Esta é uma estratégia metodológica que objetiva diminuir a possibilidade de divergência das informações coletados.

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a relevância e as potencialidades do controle de qualidade feito através das ligações telefônicas e descrever a dificuldade para efetivação destas referentes a pesquisa epidemiológica “Saúde do Idoso Gaúcho de Bagé” (SIGA-Bagé).

2. METODOLOGIA

O controle de qualidade, foco deste resumo, foi realizada no decorrer do trabalho de campo da pesquisa. Sendo um estudo de base populacional realizado no município de Bagé, Rio Grande do Sul, com o objetivo de verificar a situação atual de saúde dos idosos e as contribuições da Estratégia Saúde da Família (ESF) no atendimento as necessidades em saúde.

A pesquisa busca realizar uma comparação entre os dados coletados no ano de 2008 e nos anos de 2016-2017. Este, segundo acompanhamento com início em setembro de 2016 e com término em agosto de 2017.

A coleta dos dados foi realizada através de um questionário estruturado e pré-codificado utilizando PDA's e os dados armazenados em um cartão de memória. Em seguida, esses dados são arquivados em um computador, por meio de remessas semanais, encaminhados para a contagem e conferência das entrevistas de cada um dos entrevistadores. Após, dentre as entrevistas realizadas, 10% são sorteados para realização do controle de qualidade via contato telefônico.

O instrumento para as ligações foi construído com quatorze perguntas-chave retiradas do questionário original e quatro perguntas para preenchimento do próprio pesquisador responsável, possibilitando a identificação de possíveis erros e/ou respostas inventadas, tendo por objetivo avaliar a confiabilidade intra-observador. As ligações são realizadas em um intervalo de até duas semanas após a aplicação do questionário geral pelos entrevistadores. As perguntas do controle de qualidade foram selecionadas considerando questões com pouca variabilidade temporal.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados são preliminares, pois, o trabalho de campo está sendo finalizado no momento da escrita deste resumo. Até o presente momento foram realizadas 729 entrevistas e ao total foram sorteados 102 idosos para reentrevista. Entre estes, 64 idosos já responderam ao controle de qualidade; 24 o contato telefônico não obteve sucesso e 14 idosos que ainda faltam ser contatados. Assim, dos 729 idosos entrevistados até o momento, foi possível realizar o controle de qualidade em 9,0% da amostra.

Na maioria ocorreu o relato do questionário pelo próprio idoso, e em outros casos seletos o controle de qualidade foi respondido por algum familiar próximo ou pelo cuidador do idoso. Os idosos costumam responder ao questionário com atenção, simpatia e disposição.

Durante as ligações, 62 entrevistados confirmaram terem recebido a visita do entrevistador, 2 deles alegaram não terem sido entrevistados. No caso dos idosos que ainda estamos tentando contato, a maior parte das dificuldades encontradas foram: não possuir telefone, ligações incompletas, alguns tinham compromissos onde tentamos por mais de cinco vezes, e ainda, há aqueles que tinham medo de responder as perguntas por telefone.

A consistência das informações será analisada através do *índice kappa*, verificando assim se as respostas ao questionário são consistentes em diferentes momentos, considerado como excelente concordância além do acaso um valor maior que 0,75, um valor entre 0,40 e 0,75 de concordância intermediária a boa, e abaixo de 0,39 um valor de concordância baixo (Landis;

Koch, 1977) sendo esta etapa de análise realizada somente ao final da coleta dos dados.

4. CONCLUSÕES

Está sendo de grande importância para a pesquisa a realização de todo o controle de qualidade, principalmente por se tratar de uma pesquisa de coorte onde os dados podem variar de uma data para outra.

O controle de qualidade específico por telefone colabora positivamente na confirmação dos dados da pesquisa em conjunto com as outras etapas constatando a importância desse ciclo da investigação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 4. ed. Editora Revinter: RJ, 2010.

LANDIS J.R, KOCH G.G. **The measurement of observer agrément for categorical data**. Biometrics. 159-74, 1977.

PEREIRA, M,G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 13. Ed. Editora Guanabara Koggan: RJ, 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Estratégias e desenvolvimento de garantia e controle de qualidade no ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n., p. 105-112, 2013.

**O TRABALHO DESENVOLVIDO NOS SERVIÇOS DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC**

VINÍCIUS BOLDT DOS SANTOS¹; ARIANE DA CRUZ GUEDES¹; DÉBORA
CRISTINA FÁVERO²; FABRINE MARIA FAVERO²; CRHIS NETTO DE BRUM²,
CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO²

¹Universidade Federal de Pelotas – vini_boldt@yahoo.com.br

² Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A humanização na perspectiva do cuidado à saúde se configura como uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas pelos profissionais em seus diversos núcleos de trabalho, os quais adotam uma postura de acolhimento, considerando os preceitos éticos e de respeito ao outro, este entendido como um sujeito em sua individualidade e complexidade de existência e também como cidadão em sua integralidade e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (BOTELHO; LIMA, 2015).

Nos serviços de saúde mental, as práticas profissionais são sustentadas pela interdisciplinaridade, o acolhimento, o vínculo, a integralidade do cuidado, a resolutividade, a acessibilidade e a longitudinalidade. São princípios pautados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os valores que sustentam a relação com o apoiador organizam-se em torno do vínculo, da confiança, da honestidade e da humildade. São todos esses fatores que colaboram para o melhor planejamento de ações e respectivamente aperfeiçoamento dos resultados (HIRDES, 2015).

As atividades realizadas nos serviços de atenção à saúde mental são parte do processo terapêutico de reabilitação do usuário. São inúmeras possibilidades de atividades a serem desenvolvidas nesses espaços, vão além de consultas e medicações, por isso denomina-se clínica ampliada. As atividades são realizadas em grupo ou individuais, a depender de cada caso. Comumente são realizadas individuais quando orientações, prescrição de medicamentos e psicoterapia, as atividades em grupo mais comuns são oficinas nas mais variadas áreas, grupos e atividades. Também podem ser realizadas atividades com as famílias e comunidade, o que é mais incomum que as citadas anteriormente (BRASIL, 2004).

Este trabalho teve como uma de suas finalidades conhecer o trabalho desenvolvido nos serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Chapecó-SC a partir da visão dos coordenadores dos serviços.

2. METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2015 a março de 2016. Foram

realizadas entrevistas semi-estruturadas com nove coordenadores dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial do município de Chapecó, Santa Catarina. Os direitos éticos foram assegurados conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, CAAE: 48911215.6.0000.5564.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço de saúde mental é um dispositivo dinâmico, que permite o planejamento do cuidado de maneira integral ao usuário em consonância com ele mesmo. A partir das entrevistas com os coordenadores da rede foram citadas realizações de atividades que não são focadas apenas no transtorno psíquico, sem desconsiderá-los, sendo atividades grupais, oficinas que proporcionam o estabelecimento de vínculos e favorecem o aprendizado mútuo, além de educação em saúde e atividades que estimulam o cognitivo. Cada serviço tem sua proposta de atividade, pois ainda que integrem uma rede, cada qual possui funções específicas, muitas vezes com determinado perfil de usuário.

Cada indivíduo possui um projeto terapêutico singular, portanto, é verificado primeiramente qual sua condição a partir da escuta terapêutica, fortalecimento de vínculos e após discutidas entre a equipe quais as intervenções que terão relevância para o indivíduo levando em consideração seu histórico e condição atual. Sabe-se que para tudo ocorrer da melhor forma e ter uma boa resolutividade é necessário que todos contribuam no processo, e isso mais do que nunca deve prevalecer em um atendimento em rede. A criação das redes em saúde acabou por ocorrer descompensadamente, ligada por diferentes teorias, políticas e muitos interesses. Contudo, a proposta que as redes apresentam vem se tornando uma alternativa diante da política vigente, pois esta dá conta do novo modelo de organização no território com base no Sistema Único de Saúde (SUS), alcançando os objetivos do planejamento em saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Apesar dos serviços que compõem a rede não serem somente da atenção especializada, foram percebidas que algumas das idéias já foram efetivadas e melhoraram a maneira como o serviço trabalhava, contribuindo na assistência de qualidade. Diante de um problema/dificuldade vários olhares são lançados, e apesar da questão ser a mesma, várias são as alternativas que irão surgir, portanto o compartilhamento das tentativas que dão certo se torna algo preciso. Para isso, alguns dos serviços especializados passaram a realizar atividades/reuniões em conjunto, para que desse modo possam oferecer um atendimento integral ao usuário que perpassa pelos serviços e compartilhar experiências/vivências contribuindo para o aprimoramento das ações dos demais serviços, em contrapartida, alguns serviços de urgência e emergência mostraram-se menos preocupados nessa troca de saberes/atividades de aperfeiçoamento para o fornecimento de atendimento adequado a esse público.

4. CONCLUSÕES

Este trabalho nos possibilitou conhecer como é a rotina dos serviços de saúde mental do município em questão, qual o papel de cada profissional, a busca pelo aperfeiçoamento, e nos mostrou que muitas tarefas inimagináveis passam despercebidas pela grande maioria, e que certamente auxiliam e são importantes no desenvolvimento e recuperação dos usuários. As limitações surgem em decorrência do não conhecimento do trabalho do outro, um serviço não conhecer as atividades que o outro serviço da rede desenvolve, se isso fosse possível iria contribuir para a compreensão do funcionamento da rede e de fato cumprir a razão pela qual foi criada e despertar o trabalho em conjunto. O estudo foi significativo para entender como se apresenta a RAPS do município, pois, apesar de possuir grandes avanços e ser muito bem constituída ainda se encontra em processo de aperfeiçoamento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Revista saúde em debate**. Porto Alegre-RS, v.39, n.esp., p.28-38, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>>. Acesso em: 27 ago 2017.

BOTELHO, J. V.; LIMA, M. V. Percepção das emoções dos usuários do CAPS II: um relato de experiência. **Fractal: Revista de Psicologia**. Niterói-RJ, v.27, n.2, p.160-164, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n2/1984-0292-fractal-27-2-0160.pdf>>. Acesso em: 11 ago 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 11 ago 2017.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro-RJ, v.20, n.2, p.371-382, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0371.pdf>>. Acesso em: 11 ago 2017.

FOTOVOICE COMO METODOLOGIA DE PESQUISA

PATRICIA PEDROTTI SOARES¹; VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLO COIMBRA²; CLARISSA DE SOUZA CARDOZO³; LUCIANE PRADO KANTORSKI⁴; VIVIANE RIBEIRO PEREIRA⁵.

¹Universidade Federal de Pelotas – patty_discipula@hotmail.com - bolsista Iniciação Científica

– ²Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – cissascardoso@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – viviane.ribeiropereira@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) são serviços que compõe a rede de atenção diária a saúde mental, implementados a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, voltado a crianças e adolescentes, com grave comprometimento psíquico e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

A Lei 8.069/90, que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representa um grande avanço através da Constituição Federal de 1988, assegurando a condição de criança e adolescente e permitindo uma nova visibilidade da situação da saúde da criança (BRASIL, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde (2004) os CAPSi foram propostos em 2002, sendo estes serviços multidisciplinares de base territorial e forte articulação intersetorial, que oferecem atenção diária e intensiva prioritariamente a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves. Crianças e adolescentes estão em fase de constituição da identidade, individualidade e subjetividade, sendo necessário o acompanhamento das formas que se tensionam os estigmas, os preconceitos e os rótulos. Para que haja esse acompanhamento é preciso um serviço que rompa com a lógica da institucionalização e da exclusão.

Neste contexto é relevante a avaliação do cuidado prestado pelos serviços à criança e adolescente. Para isso um dos métodos que será utilizado na pesquisa “Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil do Estado do Rio Grande do Sul (CAPSi-Sul)” é o Fotovoice. A técnica fotovoice, pode ser considerada uma estratégia participativa de promoção a saúde na qual as crianças e adolescentes são motivados a desenvolver sua criticidade a partir da captação de imagens que retratam sua realidade, possibilitando um olhar crítico e reflexivo (ARAÚJO, et al. 2015).

2. METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa “Avaliação do centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil do Estado do Rio Grande do Sul (CAPSi-Sul)” O local de coleta de dados quantitativos serão os 28 CAPSi do Estado do Rio Grande do Sul, em que serão aplicados questionários aos coordenadores, profissionais, familiares e usuário do CAPSi. A partir dos dados obtidos pela avaliação quantitativa de estrutura-processo-resultado será selecionado um CAPSi que se destaque como um serviço que desenvolve

boas práticas (rede estruturada e adequado as portarias que regula o atendimento as criança e adolescente) no qual será desenvolvido o estudo qualitativo.

A pesquisa será uma avaliação qualitativa fundamentada numa avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética. O local de estudo será um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil selecionado a partir da pesquisa quantitativa. O CAPSi selecionado para pesquisa qualitativa será aquele que dentro dos estudados apresentar adequação as portarias que regulamentam os CAPSi.

A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S Lincoln (1985, 1989), será norteadora do processo teórico-metodológico da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados por se tratar de crianças e adolescentes, será utilizado como instrumento de coleta de dados o Fotovoice. Será realizada uma observação de campo configurando-se numa etnografia prévia. Neste recorte será apresentado os dados relativos à metodologia do Fotovoice que será realizada com as crianças e adolescentes do CAPSi.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Fotovoice é uma metodologia de ação-investigação em que os participantes apresentam fotografias que representem a sua visão de determinada temática, o uso do fotovoice permiti aumentar a consciência das potencialidades e fragilidades da sua comunidade e promover o diálogo crítico sobre essas mesmas questões. Em tal perspectiva, o fotovoice pretende alcançar três objetivos principais:

1) permitir que as crianças, por meio da fotografia, façam registros das prioridades e necessidades do serviço;

2) promover o diálogo crítico a respeito de suas realidades e do ambiente do CAPSi;

3) acessar as competências que definem as políticas públicas, por meio da exposição das fotografias obtidas pelos usuários na investigação (MARQUES; MIRANDA, 2015).

Conforme Machado (2015) a transmissão de sentimentos através de fotografia é uma nota artística relevante, devido ao fato de permitir que a criança interaja em vários casos, através de uma máquina fotográfica. O empoderamento individual através da participação e da retenção da atenção da criança e do adolescente é um dos pressupostos importantes desta metodologia. Pretendendo-se adquirir a opinião dos diferentes usuários do serviço.

Como essa metodologia tem a vantagem de poder ser utilizada com qualquer grupo, é uma forma de interação com o meio infantil, sem que esta exija recursos materiais substanciais, uma vez que a qualidade das próprias máquinas fotográficas importa muito menos do que a representação simbólica das fotos (MACHADO, 2015).

Segundo Chaves (2017) este é um mecanismo dominante da comunicação contemporânea, com a imagem falamos de forma breve, sem bloqueios, sem grandes inquietações sobre o que queremos transmitir. Assim, a fotografia representa, potencialmente, uma das melhores formas de expressão e libertação daquilo que há de mais interno em nós. É incontestável

como a fotografia se afirmou enquanto forma de expressão, de informação e de comunicação. Com ela podemos exprimir os nossos sentimentos, os nossos ideais, as nossas preocupações, conseguimos dizer mais do que aquilo que as palavras conseguem. Se a fotografia antes estava mais relacionada com a captação da realidade, hoje assume-se igualmente a sua função de construção do real.

Desta forma a fotografia será um bom meio de serem adquiridos os dados com as crianças, permitindo com que sob a ótica deles, o serviço seja avaliado, além de ser uma brincadeira através das lentes, temos convicção que se trata de uma excelente ferramenta para que os mesmos expressem os seus pensamentos e sentimentos quanto ao serviço, dialogando sobre o que esta no papel fotográfico.

4. CONCLUSÕES

Portanto o CAPSi tem como objetivo colaborar com a organização em relação à assistência a criança e adolescente nos municípios. Sendo assim, é necessária a avaliação do serviço de forma que esta torne possível a captação de subsídios para estruturação e reestruturação do modelo assistencial e fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, principalmente no que se refere ao cuidado à criança e adolescente, a partir de dados gerados pela participação dos usuários avaliando a importância e relevância do serviço para os mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L.; FIGUEIREDO, M.; AMANTE, M. J.; RIBEIRO, E. J. As potencialidades do photovoice enquanto metodologia participativa na formação de Educadores Sociais. **Revista de estudios e investigación en psicología y educación**, n. 06, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF); 2004.

CHAVES, R. Potencialidades da metodologia photovoice na intervenção com pessoas idosas institucionalizadas. **Revista de cultura visual**, n.1, p. 181-206, 2017.

GUBA, E e LINCOLN, Y. **Effective Evaluation**. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches. San Francisco: JosseyBass Pub. 1985.

GUBA, E e LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. p.294.

MACHADO, J. Percepções sobre a comunidade através de registos fotográficos por estudantes locais. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, n. 08, p. 029-032, 2015.

MARQUES, B.; MIRANDA, M. L. Photovoice: implicações do método colaborativo para as pesquisas em Educação Física e Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 6, p. 545, 2016.

CONTRIBUIÇÕES DO ETHNOGRAPH NA ANÁLISE DE UM ESTUDO QUALITATIVO

MARIA CAROLINA PINHEIRO MEIRELLES¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI²

¹3ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS - carolinapmeirelles@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas - kantorski@uol.com.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Estudos qualitativos geralmente possuem um extenso volume de dados que exigem do pesquisador tempo e cuidadosa sistematização que contribua com a qualidade da análise proposta. O uso de softwares que facilitem as análises qualitativas necessita de experimentação e socialização dos resultados para serem capazes de substituir ou reduzir as sistematizações manuais e de material impresso, encontrando-se mais comumente o uso do N VIVO e do ATLAS TI.

Deste modo, o presente trabalho tem por objetivo apresentar as contribuições da utilização do Software Ethnograph V6 na análise de um estudo qualitativo da Tese intitulada “Avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) à luz da Teoria da Ação Comunicativa”.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa aprovada pelo Parecer nº 1.064.170 de 14/05/2015 do CEP-FM/UFPel. A Coleta de dados foi realizada em um município da Região Sul do Rio Grande do Sul, através de 19 entrevistas individuais semiestruturadas com participantes de um Colegiado Gestor e 20 horas de observação participante em 08 reuniões do colegiado, de maio a setembro de 2015.

A análise de abordagem hermenêutica-dialética, foi significativamente apoiada pelo uso do Ethnograph na sistematização dos dados, desde o armazenamento, organização, codificação, busca dos dados e aproximação com os referenciais teóricos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente a transcrição das entrevistas com o uso do Software F4 e digitação das observações participantes, acrescidas de notas de campo, primeiramente foi necessário formatar os arquivos das entrevistas e das observações no padrão solicitado pelo Ethnograph que incluiu identificar os falantes, no mínimo dois com espaçamento simples entre as linhas de cada fala e uma linha vazia entre as falas dos diferentes falantes. No caso as entrevistas tiveram dois falantes, a pesquisadora e a pessoa entrevistada. Nas observações, os registros já foram feitos através dos relatos de cada fala, identificando-se os vários e diferentes falantes.

Após a inserção de todos os arquivos no programa se deu o processo de codificação, linha por linha de cada entrevista e de cada observação. Códigos são como etiquetas ou lembretes que representam informações significativas ou unidades de significado, ou ainda o que captura a essência dos dados. Porém, codificar não é analisar, é identificar sobre o que é o dado. A unidade de significado pode ser uma palavra, uma frase, uma oração ou um parágrafo completo. Os códigos ajudam a recuperar a unidade de significado, permitem juntar, vincular informações que têm relação entre si.

As unidades de significado podem ser codificadas de acordo com diversas dimensões do estudo em relação aos sujeitos. Neste estudo enfocou-se: o Contexto, Percepções, Significados, Experiências, Práticas e Ações e de acordo com o referencial teórico-metodológico foram considerados para codificação os atos de fala, do tipo afirmação, declaração e promessa. Somente após a primeira codificação, é que se iniciou um processo analítico de agrupamento de temas ou categorias empíricas, refazendo a codificação e os agrupamentos temáticos, até ser possível compor uma “árvore de códigos”.

O Ethnograph permitiu também o armazenamento das notas de campo, relativas a cada entrevista ou observação, e das leituras e informações complementares, como notas descritivas, analíticas, metodológicas e teóricas. Bem como, possibilitou a identificação do perfil dos sujeitos, em relação ao seu papel ou função atual (gestores, trabalhadores, outros); e em relação ao local de atuação, idade, sexo, tempo de formação, graduação e pós-graduação.

Armazenados os dados e feita a codificação, o software permitiu através da busca de determinado código ou categoria temática, a localização de cada unidade de significado (falas) codificada em todas os arquivos inseridos, neste caso, as entrevistas e observações. De modo que facilitou o acesso às notas de campo utilizadas na análise e discussões dos resultados e organização das informações sobre o perfil dos sujeitos das entrevistas. Exemplificando, ao buscar o código “apoio matricial”, o Ethnograph identifica todas as linhas de fala onde se encontra esse código, em cada entrevista ou observação, quem falou e qual o perfil do falante.

Isto contribuiu com a análise conforme referencial teórico, sobre os tipos de fala e as categorias analíticas, e principalmente a análise hermenêutico-dialética, que necessita de várias incursões de interpretação, considerando quem, quando e onde fala, seguida de busca pelo contraditório, pelo contraste das diferentes visões sobre o proferimento em questão.

4. CONCLUSÕES

Portanto, compreendendo-se que os caminhos metodológicos de uma análise de base hermenêutica-dialética, possui seus limites e vantagens, pela dificuldade de não possuir um método único com passos prescritos, e de se precisar buscar com amplitude contextual, um conjunto de informações acerca do objeto, capaz de reconhecer a historicidade e o valor dos sujeitos produtores das ações, além do estímulo necessário à criatividade metodológica do investigador, considera-se relevante a utilização do Ethnograph como contribuição essencial para a apreensão e sistematização de um extenso banco de informações de um estudo qualitativo em tempo significativamente

menor que de modo manual e impresso, contudo, sem obviamente substituir o processo analítico realizado pelo pesquisador.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARD, H. R. **Research methods in cultural anthropology**. Newbury Park, CA: Sage Publicações, 1988. p.190-195.

CASSIANI, S. H. B.; ZAGO M. M. F. A análise de dados qualitativos: a experiência no uso do "The Ethnograph". **Acta Paul. Enf.** v.10, n.1, p.100-106, 1997.

GIBBS, G. R. Thematic coding and categorizing. In GIBBS, G. R. **Analyzing Qualitative Data**. London: Sage Publicações, 2007. p.38-55.

MEIRELLES, M. C. P. **Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa**.

2016. 250f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

SEIDEL, J.; KELLE, K. U. "Different Functions of Coding in the Analysis of Data." In KELLE, KU. (Ed.) *Computer Aided Qualitative Data Analysis: Theory, Methods, and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA APLICAÇÃO DO PCATOOL-BRASIL
JUNTO AOS USUÁRIOS DA APS DE TAQUARA-RS**

ALANA SCHIERHOLT¹; LIDIANE DOS SANTOS GOMES²; SAMANTA ANDRESA RICHTER³; VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS⁴; GÍMERSON ERICK FERREIRA⁵; CLARISSA BOHRER DA SILVA⁶

¹Faculdades integradas de Taquara – alana@sou.faccat.br

²Faculdades integradas de Taquara – lidiane@sou.faccat.br

³Faculdades integradas de Taquara – samantarichter@sou.faccat.br

⁴Faculdades integradas de Taquara – vilmasantos@faccat.br

⁵Faculdades integradas de Taquara – gimerilsonferreira@faccat.br

⁶Faculdades integradas de Taquara – clabohrer@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) define-se por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, o qual abrange a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, com o intuito de desenvolver uma atenção integral que intervenha nos determinantes de saúde da coletividade. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, a partir do trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

Esta deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada dos serviços de saúde e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Evidências demonstram que a APS possui capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema (STARFIELD, 2002).

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) é um instrumento que busca avaliar a APS baseado na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultado dos serviços (STARFIELD, 2002). No Brasil, este instrumento foi validado sendo intitulado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária ou PCATool-Brasil e está sendo utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliação e reorientação das políticas públicas. O seu manual foi organizado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil mensura a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e dos três atributos derivados (competência cultural e orientação familiar e comunitária), baseando-se no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005).

A aplicação deste instrumento nos serviços de APS do município de Taquara integra o projeto matricial intitulado “Gestão da prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde: sistematização e proposições para a qualificação da assistência à saúde no município de Taquara/RS”. Dessa forma, o estudo corresponde a uma etapa do projeto matricial, a qual compõe a avaliação da qualidade da APS pelos usuários do município.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência na aplicação deste instrumento aos usuários no município de Taquara-RS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da etapa de coleta de dados de uma pesquisa com delineamento transversal, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Taquara (CAAE:71701517.6.0000.8135). A pesquisa utiliza o PCATool-Brasil aplicado aos usuários de seis unidades de APS no município de Taquara-RS nos meses de junho a agosto de 2017.

A população foi composta por adultos atendidos pelas Unidades de Saúde do município, com uma amostra calculada em 243 usuários, não-probabilística e por conveniência. Como critério de inclusão tem-se: adultos com idade acima de 20 anos, atendidos pelas Unidades de Saúde do município. Como critério de exclusão tem-se: limitação que dificulte a expressão verbal; ou referir serviços particulares como fonte regular de atenção à saúde.

Foi utilizada a versão Adulto do PCATool-Brasil, composta por 87 itens que avaliam os atributos da APS (BRASIL, 2010) e um questionário de caracterização dos usuários da APS contendo 27 questões acerca dos dados sociodemográficos, clínicos e de utilização dos serviços.

Todos os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, organizou-se uma reunião com a equipe da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Taquara para apresentar a proposta da pesquisa e refletir sobre sua execução. Essa aproximação com os serviços da APS possibilitou a constituição da integração entre ensino e pesquisa.

Anteriormente a coleta de dados houve uma capacitação com os alunos, que objetivou apresentar: o instrumento de pesquisa; o acesso aos campos de pesquisa; a população e critérios de inclusão e exclusão; condução da entrevista. Essa capacitação visou possibilitar uniformidade, confiabilidade e qualidade dos dados.

A coleta foi desenvolvida por acadêmicos de graduação da Faccat. A abordagem aos usuários acontecia quando estes buscavam por atendimento nos serviços de APS. Inicialmente, eram explicados os objetivos do estudo, verificando a disponibilidade das pessoas em participarem da pesquisa e, aceite mediante assinatura do TCLE.

Até o momento foram coletados 147 entrevistas. A equipe de coleta apresentou facilidades e dificuldades que foram administradas com estratégias e técnicas de apoio mútuo. Como facilidade, destaca-se a disponibilidade de uma sala para o desenvolvimento da entrevista a fim de garantir a privacidade. Observou-se também que o tempo de duração da entrevista variou, em geral, com duração inferior a 40 minutos. A coleta exigiu disponibilidade e dedicação dos coletadores, bem como desenvoltura e conhecimento.

Outro aspecto positivo trata-se de o projeto de pesquisa matricial possuir financiamento interno da instituição e externo, da FAPERGS, tanto de bolsa de iniciação científica quanto de custeio de materiais permanentes e de consumo.

Como elementos dificultadores, destaca-se o receio dos usuários devido ao tempo previsto para a aplicação do instrumento e demandas dos serviços de saúde com interrupções das entrevistas.

Outra fragilidade foi a complexidade do instrumento (BARA, 2015) visualizada pelas dúvidas dos usuários referentes ao significado de algumas questões. Essa fragilidade foi mediada a partir de orientações do próprio manual do instrumento (BRASIL, 2010) para garantia de melhor compreensão do conteúdo.

A experiência adquirida pela aplicação do PCATool-Brasil proporcionou uma reflexão notando-se o frágil conhecimento dos usuários em relação a estrutura e funcionamento da APS.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que os usuários precisam ampliar os seus conhecimentos em relação a APS, bem como o interesse por parte dos gestores e profissionais na construção desse conhecimento junto aos usuários.

O PCATool-Brasil é uma ferramenta de grande valia para orientar as práticas de acordo com as necessidades desta população, podendo contribuir para construção do diagnóstico local, planejamento de ações, organização e aprimoramento da rede de serviços de saúde nos demais níveis assistenciais.

Esse conhecimento deve-se dar a partir de maior vínculo e gestão da prática clínica pelos profissionais à comunidade adscrita. A aplicação do instrumento torna-se importante na medida em que sinaliza essas fragilidades nos serviços de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARA, V; PAZ, E; GUIMARÃES, R; SILVA, B; GAMA, B; MORATELLI, L. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil versão adulto – para população idosa. **Caderno saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 330-335, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília: MS, 2010.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO FAMILIAR À CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA

JÉSSICA GAMA DA SILVA¹; GIOVANA CALCAGNO GOMES²; PRYCILLA
ALBUQUERQUE DE RESENDE GUERRA³; MARA REJANE VAHL⁴;
SAMANTA BRIZOLARA COUTINHO⁵; DAIANI MODERNELO XAVIER⁶

¹Universidade Federal do Rio Grande – jehgama92@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande – giovanacalcagno@furq.br

³Universidade Federal do Rio Grande – prycillaquerra@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande – rejanevahl@gmail.com

⁵Secretaria Municipal da Saúde – Pelotas, samanta_brizolara@hotmail.com

⁶Universidade Federal do Rio Grande – daiamoder@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O número de crianças convivendo com doenças crônicas torna-se crescente. No Brasil o índice entre crianças de 0 a 14 anos é de 9,3% (BRASIL, 2009). O consumo de *fastfood* contribui para o desenvolvimento da asma, rinite, eczema, sobrepeso, diabetes e obesidade. Acresce o risco de asma, rinite e eczema, com aumento de 27% para as crianças (ELLWOOD, ASHER, GARCÍA-MARCOS et al., 2013).

A família sofre quando percebe o diagnóstico incurável da criança, principalmente, por ter dificuldade em lidar com essa realidade. A mãe torna-se a principal referência de cuidado por assumir, na maioria das vezes, a responsabilidade pelo cuidado da criança. O adoecimento da criança pode reduzir a eficácia dos pais no desempenho do seu papel de cuidadores (NAMACHIVAYAM et al.; 2015). Nesse sentido, que teve como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e metodológico a Grounded Theory objetivou compreender as estratégias de cuidado à criança com doença crônica utilizadas pela família.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande/ FURG, na Unidade de Pediatria. Participaram do estudo 20 familiares cuidadores de crianças com doenças crônicas internadas no período de realização do estudo. Foram divididos em quatro grupos amostrais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, na qual as famílias foram questionadas acerca das estratégias utilizadas para cuidar a criança com doença crônica. Foram elaborados memos e Notas Teóricas para ampliar o universo de análise e as inferências teóricas, durante a coleta e interpretação dos dados obtidos.

O processo de análise deu-se por meio da Codificação aberta dos dados, em que as falas foram minuciosamente detalhadas, através do exame do conteúdo, linha por linha de forma a elaborar os códigos (unidades de análise). Após foi realizada a Codificação axial, na qual se relacionou as

categorias às suas subcategorias e a Codificação seletiva que consiste no desenvolvimento da categoria central, em relacioná-la com as outras categorias, pela análise sistemática.

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 e o projeto de pesquisa foi aprovado mediante o parecer nº 28/ 2016. As falas das participantes foram identificadas pela letra F seguida do número da entrevista e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como estratégias para o cuidado referiram que passam por um processo de adaptação, organizando-se e aprendendo a cuidar. Apresentam-se como referência no cuidado à criança, tornando esse cuidado sua prioridade e prestando cuidados integrais. Conciliam o cuidado com as outras atividades cotidianas. Adaptam o cuidado às necessidades específicas da criança, cuidando das questões emocionais, da alimentação, fornecendo medicamentos, tentando evitar que a criança adoeça, propiciando lazer e proteção, adquirindo tecnologias de cuidado.

Constroem uma rede de apoio social, fortalecendo-se na fé, frequentando os serviços de saúde, sendo atendidas pelos profissionais de saúde em serviços especializados, pelo Sistema Único de Saúde ou via judicial. Nesse processo podem não achar difícil cuidar, valorizar as habilidades da criança, ter o carinho da família, ser bem atendido nos serviços de saúde, receber auxílio da família e amigos para cuidar e auxílio financeiro.

Estudo que teve como objetivo conhecer as estratégias de famílias no cuidado de crianças com doenças crônicas constatou a necessidade da organização familiar para cuidar. Com esse objetivo realizam a divisão das atividades durante as 24 horas do dia e tentam otimizar seu tempo na prestação dos cuidados diretos à criança com as atividades do lar que possibilitem um ambiente agradável e saudável à criança (SALVADOR et al., 2015).

Além disso, a família passa a aprender a cuidar da criança com doença crônica no próprio cotidiano de cuidado. Assim, tentam conseguir manter o equilíbrio entre trabalho, estudo e cuidado; adaptar o espaço físico da casa; envolver a criança no seu próprio cuidado; buscar recursos na rede de apoio social e de fé; procurar ajuda em outra cidade e se envolver em atividade física para reduzir o estresse (BHAWRA, TOULANY, COHEN, 2016).

4. CONCLUSÕES

O cuidado familiar à criança com doença crônica é complexo e a família necessita de auxílio para realizá-lo. O enfermeiro deve preparar-se para fazer parte da rede de apoio social da família, fazendo parte dos serviços de saúde, tanto na rede básica, hospitalar ou em serviços especializados, instrumentalizando mais de um familiar cuidador da criança para seu cuidado.

Faz-se necessária a implementação de ações educativas relacionadas ao manuseio e cuidados específicos de cada dispositivo tecnológico utilizado pela criança, garantindo seu uso seguro. É necessário o estabelecimento de

uma relação de compartilhamento de cuidados e decisões buscando-se a autonomia familiar no cuidado da criança no domicílio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BHAWRA, J.; TOULANY, A.; COHEN, E. Primary care interventions to improve transition of youth with chronic health conditions from paediatric to adult healthcare: a systematic review. **BMJ Open**, v.6, n.5, p.1-8, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. **20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ELLWOOD, P. et al. Do fast foods cause asthma, rhinoconjunctivitis and eczema? Global findings from the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) phase three. **Thorax**, v.68, n.4, p. 351-364, 2013.

NAMACHIVAYAM, S.P. et al. Five-year survival of children with chronic critical illness in Australia and New Zealand. **Critical Care Medicine**, v.43, n.9, p.1978-1985, 2015.

SALVADOR, M.S. et al. Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.24, n.3, p.662-669, 2015.

**AS AÇÕES DO ENFERMEIRO NUM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

ÁGATHA BRUM SANT'ANA¹; JANAINA QUINZEN WILLRICH²; MIRELA
FARIAS PICKERSGILL³

¹Prefeitura Municipal de Pelotas - tiacacah@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – janainaqwill@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – mirelapick@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O CAPS AD constitui-se de um serviço direcionado ao atendimento de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. Preconizado pelo Ministério da Saúde, esse serviço oferece atendimento diário aos usuários, promovendo um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (BRASIL, 2008).

O presente estudo teve como objetivo conhecer as ações do enfermeiro num Centro de Atenção de Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), identificando os conhecimentos utilizados pelo enfermeiro e suas relações com a equipe, usuários e familiares.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida em um CAPS AD situado em um município de médio porte da região sul do RS. Os sujeitos do estudo foram o enfermeiro do serviço e demais profissionais, usuários e familiares que participaram das atividades observadas. Para garantir o anonimato dos participantes, as observações foram identificadas com letras de acordo com a ordem de realização das mesmas. Todos participantes das situações observadas aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada através de observação não participante (MINAYO, 2014) e o acompanhamento foi pelo período de oito dias úteis, totalizando 40 horas de observação, a partir de um roteiro de observação previamente estabelecido. Neste foram destacados aspectos referentes a estrutura física para atendimento do enfermeiro: ambiência, privacidade e adequabilidade do local em que o enfermeiro atua. As relações do enfermeiro com os profissionais da equipe: sua inserção na equipe atuante no CAPS AD, reuniões, participação na construção do plano terapêutico singular, discussão de casos e a oferta dos serviços prestados pelo enfermeiro. Também se destacaram a participação política e o planejamento das ações deste.

O último ponto avaliado, foram referentes as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no CAPS AD: neste ponto do roteiro eram observadas as atitudes do enfermeiro quanto a aspectos clínicos da doença, avaliação dos vínculos e redes do usuário e seus familiares. Ainda como o mesmo desenvolve um cuidado humanizado: tipos de tratamento oferecidos,

conhecimentos científicos usados e sua relação com os usuários nas atividades, assim como os registros e anotações de enfermagem.

A partir da análise temática (MINAYO, 2014) dos dados houve o surgimento de seis temas referentes às ações realizadas pelo enfermeiro que foram: acolhimento; o atendimento individual; os grupos terapêuticos; reunião de equipe; atendimento à emergência psiquiátrica; e a atividade administrativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao acolhimento, este foi observado em três momentos. Estes são agendados após a realização do grupo de recepção, coordenado pela psicóloga do serviço, que ocorre semanalmente, e possui a finalidade de recepcionar os usuários e estabelecer um primeiro contato para explicar aos mesmos o funcionamento do serviço. Após o grupo a psicóloga agenda o acolhimento com os técnicos de referência (profissionais de nível superior). Cada técnico tem seu dia e turno para o acolhimento. O enfermeiro realiza o acolhimento nas quartas-feiras no turno da tarde.

Também foram observados três atendimentos individuais, sendo esta uma demanda grande se comparada às demais ações desenvolvidas pelo enfermeiro no serviço. Os usuários, dos quais o enfermeiro é o técnico de referência, o procuram de maneira espontânea e se não for possível ou necessário um atendimento imediato este é agendado direto com enfermeiro.

O atendimento individual se mostrou como uma estratégia do tratamento e revisão do projeto terapêutico singular do sujeito. E que permite ainda a observação e contato com os usuários do serviço, administração e entrega de medicação, aferição de sinais vitais e dados antropométricos, orientação e supervisão na tomada correta de medicação, informações nutricionais e de higiene, sistematização da assistência de enfermagem, evolução do usuário e alterações no Plano Terapêutico Singular – PTS. (CASTRO, 2007)

Já em relação aos grupos terapêuticos, foram observadas três atividades de grupo, no qual a enfermeira atua como co-coordenadora juntamente com a psicóloga que é a coordenadora. O grupo é intitulado “grupo de motivação” e destina-se a prevenção de recaídas. Os participantes são homens a partir de 22 anos dependentes de múltiplas drogas que tentam manter a abstinência. Essa atividade ocorre semanalmente todas as segundas e quintas-feiras no turno da tarde e possui limite de 12 integrantes. Bourguignon (2010) define que grupo como um conjunto de pessoas ligadas por um interesse em comum, possuindo uma interação entre os elas. No caso do grupo observado o interesse comum é a prevenção de recaídas, que é determinado por um conjunto de procedimentos terapêuticos empregados para ajudar o usuário de álcool ou outras drogas a enfrentar ou evitar situações que gerem recaídas ou lapsos (BRASIL, 2010). Esta técnica é obtida através do treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. A recaída é considerada parte deste processo, pois é através desta que é possível reconhecer e identificar os antecedentes da recaída, e assim permite prevê-lo ou evitá-los (WILLIAMS et al, 2007).

Ainda, surgiram como ações do enfermeiro a participação na reunião de equipe – na qual ficaram evidente a existência de relações interdisciplinares e horizontais, a interação dos integrantes da equipe com o enfermeiro, sendo este atuante e inserido às propostas de trabalho; o atendimento do enfermeiro

à emergência psiquiátrica, no qual este mostrou-se preparado e ágil para o atendimento à crise, conseguindo focar as reais necessidades do sujeito naquele momento; e a atividade administrativa – que demonstrou a importância da atuação do enfermeiro nesta ação, pois ficou evidente que na área de saúde mental o enfermeiro desenvolve suas ações voltadas ao cuidado e assistência direta à pessoa, tendo como o sujeito como prioridade.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que o CAPS AD constitui-se de um dispositivo com potencialidades para assistir o sujeito de forma integral, transpondo as barreiras da doença e atendendo-o em suas reais necessidades.

Neste contexto, cabe ressaltar que o enfermeiro é um profissional qualificado para lidar com o indivíduo em sofrimento pelo uso de drogas, pois este se mostra apto a assistir o sujeito como um todo, abordando suas necessidades biopsicossociais, transcendendo a dependência química como doença e compreendendo o indivíduo portador deste sofrimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOURGUIGNON, L.N; GUIMARÃES, E. S; SIQUEIRA, M.M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS as do Espírito Santo. **Rev. Cogitare Enfermagem**. V.15, n. 3, p.467-473, 2010.

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. 2a ed. Série B. Textos Básicos de Saúde: Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)**. Glossário de Álcool e Drogas. Brasília (DF). 2ª ed., 132p, 2010.

CASTRO, T.M. **Atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial**. 2007, 114p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

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

WILLIAMS, A.V; MEYER, E; PECHANSKY, F. Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção de recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.23, n. 4, p. 407-414, 2007.

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E FATORES
ASSOCIADOS EM HOSPITAIS GERAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA**

JULIANA FERREIRA DA ROSA¹; CLARICE ALVES BONOW²

¹Universidade Federal de Pelotas – jufrosa@bol.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – claricebonow@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é um estado de tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho desgastantes; o profissional que desenvolve a doença sente-se exausto e está constantemente doente, apresentando sintomas de insônia, úlcera, dores de cabeça (MASLACH, 1976), tensão muscular, fadiga cônica (MASLACH, LETTER, 1997). Além disso, a doença aborda três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização no Trabalho (CARLOTTO, CÂMARA, 2008). Conforme as autoras que abordam esses conceitos, a exaustão emocional constitui-se pela carência de energia e por uma sensação de esgotamento, que se potencializa pela frustração e tensão, quando o trabalhador percebe que não possui a mesma energia para desempenhar suas tarefas de forma satisfatória. A despersonalização ocorre quando o trabalhador passa a tratar seus colegas e clientes com certo distanciamento afetivo e impessoalidade. A baixa realização no trabalho caracteriza-se pela tendência do profissional em se avaliar de forma negativa e com insatisfação em relação ao cumprimento de suas tarefas.

A SB costuma ser avaliada através do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), que consiste em uma escala de 22 itens, que analisa as três dimensões descritas acima. Existe uma versão traduzida e validada deste instrumento para a língua portuguesa por meio de um estudo com uma equipe de profissionais de enfermagem (TAMOYO, 2009).

A literatura refere que o estresse ocupacional em profissionais da saúde é um tema atual de investigação e debate, pois a condição de saúde desses profissionais pode interferir na qualidade do trabalho prestado e influenciar decisivamente na saúde dos pacientes (GOMES, CRUZ, CABANELAS, 2009). Além disso, no contexto internacional, muitos autores têm desenvolvido investigações empíricas sobre o assunto, porém ainda são relativamente escassas as pesquisas nacionais que possuem tal natureza e contemplam essa temática (SILVA, LOUREIRO, PERES, 2008).

Sabe-se que os profissionais da área da saúde estão constantemente expostos a estressores ocupacionais que afetam o seu bem estar: longas jornadas de trabalho, número insuficiente de pessoal, pouco reconhecimento profissional, alta exposição a riscos químicos e físicos e constante contato com a dor, o sofrimento e a morte (CARLOTTO, 2009). Porém, ainda não há uma definição sobre quais estressores ocupacionais estão relacionados à SB e qual a prevalência desse distúrbio entre os profissionais da saúde.

A partir da relevância dessa temática, e por todas as lacunas que ainda permeiam esse tema, este estudo objetiva fazer uma revisão sistemática de literatura para identificar a prevalência da SB em profissionais da saúde que atuam em hospitais gerais do Brasil, e sua associação com fatores ocupacionais e sociodemográficos.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de sistemática de literatura utilizando três bases de dados: MEDLINE (PubMed), LILACS e SCIELO. Para a pesquisa de artigos, foram utilizados os descritores “(Professional Exhaustion) OR (Burnout) AND (MBI) OR (Maslach Burnout Inventory) AND (Professional Health)”, acrescidos dos filtros “inglês, espanhol e português”. Foram utilizados como critérios de inclusão para esta revisão sistemática, estudos transversais que abordavam a prevalência da SB em profissionais da saúde de hospitais gerais e que utilizavam o Maslach Burnout Inventory para avaliar a SB associado a outro questionário contendo aspectos ocupacionais e sociodemográficos. Foram excluídos dessa revisão os artigos sobre essa temática, mas que se referiam a profissionais da saúde que estavam em período de residência, devido às peculiaridades dessa população que faz parte de um ambiente de ensino e serviço.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da revisão de literatura, encontrou-se 18 artigos que abordavam a temática pesquisada, incluindo produções nacionais e internacionais. Em função dos objetivos dessa revisão, optou-se por selecionar apenas as produções nacionais, ficando-se com 6 artigos para a realização desse trabalho. A partir desse resultado observou-se que os estudos brasileiros sobre a SB em profissionais de saúde que atuam no hospital geral ainda se concentram, especialmente, entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A população estudada, em sua maioria, é composta por mulheres, de meia idade, casadas ou vivendo com um companheiro e com filhos. Dentre os 6 estudos elegíveis, 5 identificaram uma alta prevalência da SB, ainda que haja divergência entre eles em relação aos critérios para diagnosticar esse distúrbio. Isso ocorre porque ainda existem divergências quanto à interpretação do MBI (pontos de corte para estabelecer os níveis alto, moderado e baixo das dimensões, assim como o modo de interpretação do instrumento para definição do diagnóstico), ainda que ele seja o meio mais utilizado para avaliar a SB (MOREIRA et al, 2009). Além disso, a partir desses achados, não foi possível identificar um perfil sociodemográfico mais propenso à SB, uma vez que os estudos divergem entre as variáveis que foram significativas quanto ao desenvolvimento da síndrome.

4. CONCLUSÕES

A partir dos achados dessa revisão, que sugerem em sua maioria uma alta prevalência de SB entre os profissionais da saúde que atuam em hospitais gerais brasileiros, conclui-se que é de extrema relevância atentar para a saúde mental desses trabalhadores. Esses resultados sinalizam para o desenvolvimento de estratégias para prevenir a doença ou amenizar as suas

consequências tanto no âmbito de vida pessoal do trabalhador quanto no profissional, uma vez que é imprescindível que os trabalhadores disponham de estabilidade emocional suficiente para atender as demandas de bem estar e saúde dos pacientes, para oferecer seus serviços de forma humanizada e com a qualidade necessária.

Além disso, nos últimos anos, percebe-se que os serviços de saúde hospitalares estão cada vez mais amparados por equipes multidisciplinares, compostas por profissionais de diversas especialidades na área da saúde. Porém os estudos encontrados nesta revisão contemplam apenas equipes médicas e de enfermagem. A partir daí, atenta-se para a necessidade da realização de pesquisas sobre a temática da SB entre os diversos profissionais de saúde (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais), a fim de que se conheça as demandas de saúde desses profissionais.

Devido ao número reduzido de estudos encontrados sobre a temática, conclui-se que é importante a realização de novas pesquisas sobre a SB entre os profissionais da saúde que atuam em hospitais gerais, a fim de que se possa comparar os resultados e torná-los mais fidedignos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARLOTTO, M. S. A relação profissional-paciente e a Síndrome de Burnout. **Encontro Revista de Psicologia**, v. 7, n. 17, p. 7-20, 2009.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico-PUCRS**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 152-8, 2008.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 307-318, 2009.

MAGALHÃES, E.; SOUSA OLIVEIRA, Á. C. M.; GOVÊIA, C. S.; LADEIRA, L. C. A.; QUEIROZ, D. M.; VIEIRA, C. V. Prevalência de síndrome de burnout entre os anestesiológicos do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 104 – 110, 2015.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, v. 5, n. 9, p. 26-22, 1976.

MASLACH, C.; LETTER, M. P. The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco – US: Jossey – Bass, 1997.

MOREIRA, D. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

NASCIMENTO FERREIRA, N.; LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 68-79, 2015.

RIBEIRO, V. F.; FERREIRA FILHO, C.; VALENTI, V. E.; FERREIRA, M. ; ABREU, L. C.; CARVALHO, T. D.; XAVIER, V.; FILHO, J. A. O.; GREGORY, P.; LEÃO, E. R; FRANCISCO, N. G.; FERREIRA, C. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. **International archives of medicine**, v. 7, n. 1, p. 22, 2014.

SILVA, D. C. M.; LOUREIRO, M.F.; PERES, R.S. Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-51, 2008.

SILVA, J. L. L.; SOARES, R. S.; COSTA, F. S.; RAMOS, D. S.; LIMA, F. B.; TEIXEIRA, L. R. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, 2015.

TAMOYO, M. R. Burnot: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 474-482, 2009.

TIRONI, M. O. S.; TELES, J. M. M.; BARROS, D. D. S.; VIEIRA, D. F. V. B.; SILVA FILHO, C. M. D.; MARTINS JÚNIOR, D. F.; MATOS, M. A; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 270-277, 2016.

**VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA: DIFICULDADE PARA O
CUIDADO À CRIANÇAS/ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

MANOELLA SOUZA DA SILVA¹; KARINE LEMOS MACIEL²; JÉSSICA
STRAGLIOTTO BAZZAN³; RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ⁴; VERA
LÚCIA FREITAG⁵; VIVIANE MARTEN MILBRATH⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – manoellasouza@msn.com

²Universidade Federal de Pelotas – karine.maciel.ecp7@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – jessica_bazzan@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – r.gabatz@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul – verafreitag@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – vivianemarten@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a criança/adolescente é conceituada como qualquer conduta de ação ou omissão, agressão ou coerção, que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social (VILELA, 2009). Trata-se da terceira causa de morte na população em geral, porém apresenta-se como uma das principais causa de morbimortalidade em crianças/ adolescentes (BRASIL, 2010). Ainda, crianças/adolescentes estão entre os grupos mais susceptíveis de sofrerem qualquer tipo de violência. Portanto, o atendimento destas dentro dos serviços de saúde deve ser prioritário, buscando assim a proteção das vítimas e a garantia de sua qualidade de vida (ARAGÃO et al, 2013).

A violência infantil vem se concretizando como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando-se de formas variadas e em contextos distintos, independente de classe social e gerando impactos graves na qualidade de vida e índices de morbimortalidade entre crianças e adolescentes (FERREIRA, 2012; SOUZA; SANTOS, 2013).

Sendo assim, esse estudo tem como objetivo conhecer a percepção do profissional frente à vulnerabilidade socioeconômica como fator dificultante na prestação do cuidado à criança/adolescente vítima de violência.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um recorte de um trabalho de conclusão de curso, caracterizando-se por abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório realizado com dez profissionais da equipe multidisciplinar que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de uma cidade localizada ao sul do estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. A interpretação das informações foi baseada na análise temática de Minayo. O estudo teve aprovação do Comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 2.014.644/2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes desse estudo salientam como dificuldade para o cuidado de crianças/adolescentes vítimas de violência, o fato de estas viverem em situação de vulnerabilidade socioeconômica, que na visão deles contribui para a prevalência dos abusos infantis. Além da questão da pobreza, muitas vezes a criança/adolescente e sua família tem dificuldade em compreender a informação, o que dificulta para os profissionais dispensarem o cuidado conforme a complexidade do caso. Afirmam ainda que quanto mais pobres são as pessoas, menor o acesso ao estudo e a informação, mais violência é usada nesse processo, e as pessoas não consideram isso como violência. Para os pais eles estão colocando regras e limite, estão disciplinando. Assim a violência vem camuflada nesse discurso por conta da pobreza.

Os entrevistados consideram que as situações de vulnerabilidade econômica em que as famílias se encontram podem ser citadas como fatores de risco para os casos de violência, a julgar pela falta de acesso a educação e informação que impossibilita os indivíduos distinguir entre o certo e o errado durante o processo de ensinar seus filhos.

Sabe-se que a violência infantil ocorre em diferentes contextos, não sendo esta exclusividade das classes mais pobres (FERREIRA, 2012). Apesar disso, o estudo de Antoni e Batista (2014) aponta entre os fatores de risco para os casos de violência infantil a vulnerabilidade socioeconômica e cultural, com destaque para a pobreza, o desemprego e a analfabetização como fortes atenuantes. Ferreira (2014) sustenta esse fato, pois em seu estudo evidenciou que as áreas com maior porcentagem nos índices de maus tratos eram onde se concentravam moradores rurais e com altos níveis de analfabetismo.

Nesse contexto, mesmo reconhecendo que as situações de violência não se apresentam restritas às classes mais desfavorecidas financeiramente, observa-se que estas crianças/adolescentes estão sob maior vulnerabilidade de sofrerem maus tratos que podem comprometer seu desenvolvimento (SILVA, 2004). Nessa conjuntura, um estudo realizado com crianças/adolescentes vítimas de violência que estão em abrigos institucionais, apontou que os abrigados eram em sua maioria provenientes de famílias de baixa renda (DIAS; SILVA; LEITE, 2014).

Todavia, no que se refere à negligência, Ferreira (2014) aponta que é necessário desvincular a ideia de pobreza com a de negligência, pois existem crianças/adolescentes providas de famílias com condições socioeconômicas adequadas que são vítimas desse tipo de violência, assim sendo entende-se que a pobreza pode sim ser um fator de risco para a violência infantojuvenil, porém não é regra que somente famílias vulneráveis economicamente maltratem seus filhos.

Sob essa ótica, sabe-se que o após a criação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), muitos avanços surgiram em relação à proteção das crianças/adolescentes, entretanto apesar de suas diretrizes apresentarem ressalvas quanto às dificuldades econômicas, ainda é no contexto das famílias pobres que ocorre o maior número de notificações, sendo estas mais sujeitas a punições legais. Dessa forma, ressalta-se que cabe aos profissionais maior reflexão acerca desse processo, pois uma mudança nessa visão possibilitaria

maior compreensão sobre a situação destas famílias, além de permitir passar de uma atitude de culpabilização das mesmas para uma responsabilização das esferas públicas, tendo em vista que cabe ao Estado garantir os direitos sociais dessas famílias, a julgar que os cuidadores negligentes também estão sendo negligenciados pelas políticas públicas assistenciais (CALZA; DELL'AGLIO; SARRIEIRA, 2016).

4. CONCLUSÕES

Nesse estudo observou-se que os profissionais consideram a vulnerabilidade socioeconômica como fator de risco para a violência infantil, ademais entendem esta como uma dificuldade no que se refere ao cuidado às vítimas e suas famílias. Todavia, torna-se necessário desvincular a ideia de que somente famílias pobres pratiquem violência contra as crianças/adolescentes.

Tal fato exige dos profissionais um olhar aguçado para o contexto em que estas estão inseridas, compreendendo os aspectos sociais e culturais. Dessa forma, a assistência deve ser prestada, considerando as particularidades de cada ser humano, buscando assim, promover um cuidado integral e humanizado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONI, C.; BATISTA, F. A. Violência familiar: Análise de fatores de risco e proteção. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 14, n. 2, p. 26-35, 2014.

ARAGÃO, A. S.; FERRARI, M. G. C.; VNDRUSCOLLO, T. S.; SOUZA, S. L.; GOMES, R. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52940/56938>>. Acesso em: 18 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientações para gestores e profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALZA, T. Z.; DELL'AGLIO, D. D.; SARRIERA, J. C. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. **Revista da SPAGESP**, v. 17, n. 1, p. 14-27, 2016.

DIAS, E. M.; SILVA, E. M.; LEITE, T. M. C. O trabalho da enfermeira em um serviço de acolhimento institucional. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 14, n. 2, p. 138-47, 2014.

FERREIRA, F. P. M. Crianças e adolescentes em abrigos: uma regionalização para Minas Gerais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 142-168, 2014.

FERREIRA, F. R. **A prevenção da violência e promoção da cultura de paz: o papel da saúde pública.** Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração Pública de São Paulo, São Paulo, 2012. 20p.

SILVA, E. R. A. **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil.** IPEA/CONANDA. Brasília, 2004. 416p.

SOUZA, R. G.; SANTOS, D. V. Enfrentando os maus-tratos infantis nas Unidades de Saúde da Família: atuação dos enfermeiros. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.783-800, 2013.

VILELA, L. F. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. 68p.

INSERÇÃO ECOLÓGICA: PROPOSTA PARA ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

JOSIANE SANTOS PALMA¹

¹Universidade Federal de Pelotas – josiane.enfermeira@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Reflexões e discussões sobre a sexualidade na adolescência são postergadas devido ao embaraço e a insegurança de com quem o adolescente interage em diferentes contextos de vida, sobretudo profissionais de saúde e educação. Por esta razão, o tema apresenta relevância quando dialogado junto a adolescentes de maneira aberta e participativa, entendendo a escola enquanto espaço de interação e aprendizagem e considerando o enfermeiro como profissional interconectado com a saúde e a educação (PALMA, 2016).

A proposta metodológica da Inserção Ecológica (CECCONELLO; KOLLER, 2003) tem como objetivo avaliar os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão se desenvolvendo.

O objetivo deste relato é apresentar a Inserção Ecológica (IE), enquanto proposta metodológica para enfermeiros, no contexto da sexualidade na adolescência.

2. METODOLOGIA

A base das pesquisas que adotam a IE é o processo proximal, o qual é fruto da interação recíproca e complexa de pesquisadores, participantes, objetos e símbolos presentes no contexto imediato (CECCONELLO; KOLLER, 2003).

A IE preconizada por Cecconello e Koller (2003) sustenta-se em cinco aspectos indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais, a saber: (1) Pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum; (2) Há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo; (3) Encontros informais progridem para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos, chegando a ter a duração igual ou superior a uma hora; (4) Os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base para todo o processo de pesquisa, sendo fundamental a postura de informalidade e conversa nos mesmos, possibilitando o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo; e (5) Os temas abordados interessam e estimulam pesquisadores e participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como se dá o desenvolvimento inserido no contexto em estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere a IE da pesquisa de Palma (2016) em seu primeiro aspecto – interação e engajamento -, ocorreram encontros informais, anteriores ao início da produção dos dados desta pesquisa, para pactuação entre a

enfermeira pesquisadora e os possíveis participantes, explicitando os objetivos de cada momento de produção de dados bem como a finalidade da pesquisa. Nestes encontros, os quais ocorreram no contexto da escola, procurou-se estabelecer os princípios de funcionamento das atividades do grupo. Todas as atividades de produção dos dados ocorreram no contexto da escola, respeitando os aspectos éticos. A enfermeira pesquisadora preparou o espaço destinado para a realização de dinâmicas de grupo com antecedência, enquanto os adolescentes estavam em sala de aula ou no intervalo de recreio. Em horários previamente acordados, os adolescentes se dirigiam para o espaço e as atividades aconteciam. Ao término, retornavam para as respectivas salas de aula ou encaminhavam-se para suas residências. Destaca-se o vínculo estabelecido entre os participantes e a enfermeira pesquisadora, ao longo do tempo, como facilitador dos aspectos seguintes.

No que se refere ao segundo aspecto – necessidade de diversos encontros -, foi programada uma série de encontros para a produção dos dados, os quais remetiam a questões do desenvolvimento do adolescente e sua sexualidade. Gradativamente, os assuntos foram aprofundados de maneira a não constranger os participantes e estreitar o vínculo previamente estabelecido.

No que se refere ao terceiro aspecto – progressiva complexidade de assuntos e duração crescente dos encontros -, destaca-se que por vezes alguns adolescentes procuraram a pesquisadora minutos antes do início das atividades, trazendo assuntos relacionados ao tema da pesquisa, verbalizando sentimentos e vivências. Alguns destes assuntos já haviam sido tratados nas atividades do grupo e eram retomados, outros eram inéditos e posteriormente explorados e aprofundados. Todos os encontros destinados à produção dos dados da pesquisa previam duração estimada de 60 minutos. Destes, alguns ultrapassaram o tempo estimado. Neste aspecto acentua-se a importância dada pelos participantes ao modo como foi explorado o tema, manifestando interesse na continuidade das dinâmicas além do horário previsto.

No que se refere ao quarto aspecto – postura de informalidade durante os encontros -, a atitude de descontração permeou todo o processo investigativo e permitiu aproximação entre os participantes e a enfermeira pesquisadora. Surgiram, durante os encontros, colocações que não foram previstas como objetivos do estudo, mas que colaboraram no entendimento dos contextos nos quais os participantes estavam inseridos, bem como das interações que estes mantinham e na maneira como estas estimulavam ou fragilizavam o desenvolvimento da sexualidade.

No que se refere ao último aspecto – temas interessantes para pesquisador e participante -, frisa-se que os temas abordados revelaram a potencialidade de exploração em profundidade no decorrer do tempo. Os participantes manifestaram disposição para a continuidade das atividades relacionadas ao tema da pesquisa após o período de coleta de dados.

De maneira a obter a acurácia e compartilhar os achados da pesquisa, ao final de cada encontro ocorriam sínteses dos principais diálogos e impressões e a retomada dos temas abordados diante algum tópico que tenha parecido obscuro nas análises brutas após a transcrição.

4. CONCLUSÕES

A Inserção Ecológica sugerida por Cecconello e Koller (2003) constituiu-se em importante referencial metodológico de ampla abrangência na atividade profissional do enfermeiro. Isoladamente, ofereceu um retrato que reproduziu a perspectiva bioecológica de que os indivíduos não podem ser separados de seus contextos para serem estudados, assim como permitiu um processo interativo que envolveu a enfermeira pesquisadora e os participantes da pesquisa.

Abrir e ampliar o diálogo sobre sexualidade com adolescentes é necessário. Neste sentido, a IE mostrou-se potente norteador que se ajusta a realidade pesquisada, estimulando a interação de enfermeiros com adolescentes e desmistificando o papel prescritivo das ações educacionais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECCONELLO, A.M.; KOLLER, S.H. Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.16, n.3, p.515-524, 2003.

PALMA, J.S. **Sexualidade no Processo de Adolescer: uma abordagem bioecológica**. 2016. 149f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

**UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS MISTOS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA
LATINO-AMERICANA EM ENFERMAGEM**

ANA CAROLINE MARTINS WINGERT¹, ADALVANE NOBRES DAMACENO²,
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA³

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul - awingert@hcpa.edu.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul - adalvane.damaceno@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul - malice@enf.ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O uso de Métodos Mistos ou Estudo Misto propicia uma combinação da força de estudos qualitativos e quantitativos de investigação, a fim de obter resultados que são complementares (CRESWELL, 2013). A combinação de métodos oferece uma alternativa para a abordagem de problemas complexos da área de saúde frequentemente enfrentados no processo de trabalho do enfermeiro.

O pesquisador deve eleger o desenho com Métodos Mistos baseados na questão pesquisa. Para Creswell (2013) seis desenhos são possíveis: exploratório sequencial (coleta e análise dados qualitativos, e esses resultados informam subsequente coleta de dados quantitativos); explanatório sequencial (coleta e analisa dados quantitativos, então os resultados informam a coleta e análise de dados qualitativos); transformativa sequencial (coleta dados qualitativos ou quantitativos, e subseqüentemente coleta dados quantitativos ou qualitativos que se desenvolvem sobre os dados da primeira coleta); triangulação concomitante (coleta dados qualitativos e quantitativos e depois os compara com o banco de dados afim de encontrar convergências, diferenças ou combinações) e incorporado concomitante (um método principal guia o projeto e um banco de dados secundários dá apoio nos procedimentos), transformativo concomitante (simultaneidade em uma fase da coleta e podem ter prioridade igual ou desigual e a combinação ocorreria na fusão, conexão ou incorporação dos dados).

Assim, fornecer um panorama da aplicação do método oferece oportunidades a pesquisadores para explorar questões de múltiplos ângulos permitindo uma compreensão mais completa das questões para determinar soluções no cotidiano (CRESWELL, PLANO CLARK, 2007; TASHAKKORI, CRESWELL, 2007). O objetivo do presente estudo é identificar a utilização de Métodos Mistos na literatura científica latino-americana na área da Enfermagem.

2. METODOLOGIA

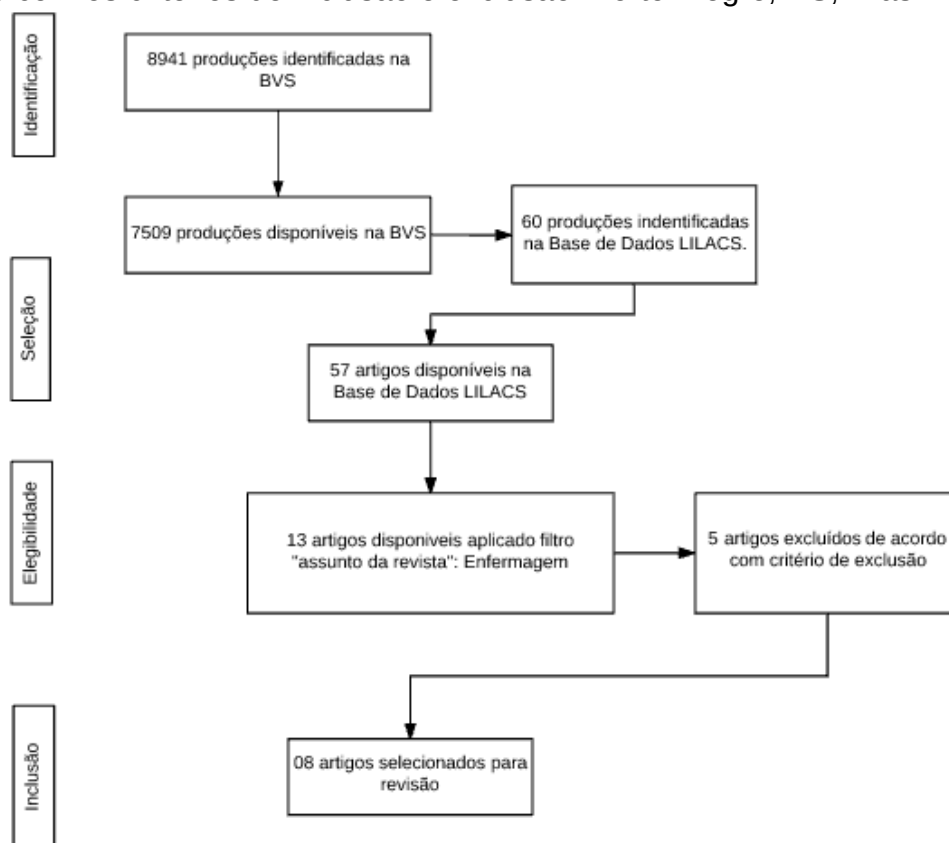
Trata-se de uma revisão de literatura sobre a utilização do método de Estudos Mistos na literatura científica latino-americana na área da Enfermagem. Os dados foram coletados por acesso online via portal de periódicos da CAPES - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - na Base de Dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no

mês de agosto de 2017. A estratégia de pesquisa utilizada foi: "métodos mistos" [título, resumo e assunto] OR "*mixed methods*" [título, resumo e assunto]. Como critérios de inclusão adotaram-se artigos disponíveis, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados em revistas que apresentassem como assunto principal "Enfermagem". Estudos de reflexão e revisão foram excluídos. Após o levantamento e localização dos artigos, realizou-se a leitura dos resumos e, posteriormente, a análise descritiva dos dados com a utilização do código A1 a A8.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, obtiveram-se, de acordo com a estratégia de busca supracitada, 8941 produções na BVS, sendo 57 artigos na base de dados LILACS e, destes, oito contemplaram os critérios de inclusão previamente definidos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos na base de dados LILACS de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Porto Alegre, RS, Brasil. 2017.



Fonte: Base de dados LILACS, 2017.

Dos oito artigos analisados, dois foram publicados no ano 2013, um em 2014, quatro em 2015 e um em 2016.

Acrescenta-se a essa descrição o objetivo dos estudos selecionados conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Quadro da seleção de artigos na base de dados LILACS de acordo com os objetivos dos estudos. Porto Alegre, RS, Brasil. 2017.

Código	Autor(es) e ano	Objetivo
A1	BUCHAN, James <i>et al.</i> 2013.	Identificar o contexto político da implementação de competências avançadas em enfermagem.
A2	MAGALHÃES, Ana Maria Müller de, <i>et al.</i> 2013.	Analisar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua potencial relação com a segurança do paciente.
A3	AVILA, Marla Andréia Garcia de, <i>et al.</i> 2014.	Verificar a associação entre tempo de limpeza e preparo de sala cirúrgica com o porte cirúrgico, bem como relacionar facilidades e dificuldades atribuídas a essa tarefa.
A4	MÖLLER, Gisele; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de. 2015.	Levantar características da organização do trabalho da enfermagem relacionado ao banho de leito.
A5	ACOSTA, Aline; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. 2015.	Identificar o perfil de usuários frequentes de serviço de emergência, verificar fatores associados e analisar os motivos para utilização frequente do serviço
A6	SANTOS, José Luís Guedes dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. 2015.	Elaborar um modelo interpretativo sobre a governança na prática do enfermeiro no ambiente hospitalar.
A7	NETO, Augusto Mazzoni <i>et al.</i> 2015.	Investigar o perfil epidemiológico dos pacientes com fraturas no complexo maxilomandibular e compreender a percepção desses usuários quanto ao evento trauma maxilomandibular.
A8	SILVA, Luzia Wilma Santana da <i>et al.</i> 2016.	Conhecer os resultados das ações intervencionistas de educação em saúde à prevenção do pé-diabético.

Dos estudos apresentados, o desenho utilizado em dois foi o concomitante (A6; A4); em quatro, foi explanatório sequencial (A1; A2; A5; A8) e em dois exploratório sequencial (A7; A3). Além disso, as metodologias utilizadas reiteram complementaridade dos métodos de investigação pois: realizam análises de perfil dos trabalhadores de enfermagem seguido de análise de documentos (A1), perfil do trabalhador com posterior análise

fotográfica (A2), a associação entre tempo de limpeza, preparo de sala cirúrgica e o porte cirúrgico e sucessiva entrevista sobre as fragilidades e potencialidades na realização do processo (A3), a observação direta não participante aliada a informações referentes ao tempo de duração do banho no leito, ao número de profissionais envolvidos e à presença ou não de familiares ajudantes (A4), o registro em prontuários eletrônicos seguido de entrevistas com pacientes (A5), características do ambiente de trabalho por meio de instrumento aliado a entrevistas (A6), perfil epidemiológico de pacientes vítimas de trauma maxilomandibular e consecutivo relato da experiência destes (A7) e aplicação de questionário estruturado com posterior roteiro de observação de pacientes com pé-diabético (A8).

4. CONCLUSÕES

Esta é uma revisão acerca da utilização de Métodos Mistos na área da Enfermagem, contribuindo para conhecimento da aplicabilidade do método. As publicações selecionadas versaram sobre a governança, organização do trabalho da equipe de enfermagem, segurança do paciente e processo de trabalho. Desse modo, o método potencializa investigações inerentes à prática assistencial do enfermeiro e a compreensão das relações no mundo do trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, A.; LIMA, M. A. D. S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.23, n. 2, p. 337-344, 2015.

AVILA, M. A. G. et al. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, v.2, p. 131-139, 2014.

BUCHAN, J. et al. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.spe, p38-46, 2013.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications; 2013.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. Thousand Oaks: Sage, 2007.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.21, n. spc, p. 9 telas, 2013.

MÖLLER, G.; MAGALHÃES, A. M. M. Bed baths: Nursing staff workload and patient safety. **Texto contexto enferm.**, v.24. n.4, p. 1044-1052, 2015.

NETO, A. M. et al. Fraturas maxilomandibulares no hospital de ensino: perfil epidemiológico e percepção dos usuários. **Rev. SOBECC**, v. 20, n. 3, p. 150-156, 2015.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.23, n.6, p. 1024-1032, 2015.

SILVA, et al. Promoção da saúde de pessoas com Diabetes Mellitus no cuidado educativo preventivo do pé-diabético. **Ciencia y Enfermeria**, v.23, n.2, p 103-116, 2016.

TASHAKKORI, A.; CRESWELL, J. W. The new era of Mixed Methods. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n.1, p 3-7, 2007.

TEDDLIE, C.; TASHAKKORI, A. Mixed methods research: contemporary issuers in an emerging field. In: **Denzin N, Lincoln Y, editors**. The Sage handbook of qualitative research. Los Angeles: Sage; 2011. p. 285-300.

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA
E CÂNCER DE MAMA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

SÔNIA HELENA PETERS¹; SANDRO SCHEREIBER DE OLIVEIRA²

¹ Universidade Federal de Pelotas – shp549@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado a principal preocupação em saúde entre as mulheres. As atuais projeções indicam que a incidência desse tipo de câncer está aumentando em diversos países, incluindo o Brasil. Uma das possíveis causas deste aumento pode ser a maior longevidade da população. O diagnóstico precoce e efetivo do câncer de mama é importante para otimizar os tratamentos disponíveis, bem como para a determinação de melhora da sobrevida das pacientes (SOUZA, 2008). Pretendemos com esta pesquisa descrever o caminho percorrido pelas pacientes portadoras de câncer de mama, desde a suspeita diagnóstica ao tratamento quimioterápico; a fim de identificar, na linha de cuidado, onde estão localizados os pontos de maior demora no diagnóstico desta doença o que faz com que as pacientes procurem tratamento em estágios avançados da doença. Analisou-se a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO instituída pela Portaria Nº 2.439/2005. Ela contempla promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos, implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos estados e municípios deveria favorecer o diagnóstico precoce da doença, o que evitaria prejuízos à saúde das mulheres, por ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente.

O atraso no tratamento do câncer de mama divide-se em três fases: a partir do primeiro sintoma até a consulta médica; da primeira consulta até o acesso ao serviço de referência especializado em seu tratamento; da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico (TRUFELLI, 2008).

2. METODOLOGIA

Este estudo é observacional descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 49 pacientes do sexo feminino portadoras de câncer de mama em tratamento num serviço de referência em oncologia de Pelotas (RS) no ano de 2011. Foi verificado o acesso ao sistema de saúde das referidas pacientes, quanto tempo foi necessário para fazer exames, receber o diagnóstico e iniciar o tratamento. Utilizou-se um formulário para coletar dados referentes à: identificação e trajetória da paciente desde o diagnóstico até o tratamento, para quantificar o tempo gasto para realizar essas atividades.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 10/12/2012 a 09/01/2013 no SAME do HE UFPEL. Esses dados foram tabulados e analisados e são descritos na tabela 1, são produtos da dissertação de mestrado em Política Social apresentada a UCPEL em abril de 2013.

A faixa etária predominante foi dos 60 a 69 anos com 32% dos casos. Sendo predominante a cor branca com 84%. Quanto ao estadiamento o estágio I apresentou 25% dos casos, o estágio II 47%; já nos estágios III e IV foram encontrados, respectivamente, 24% e 4%. Nos estágios avançados da doença identificamos 75%. Quanto a realização de exames 67% utilizaram o SUS.

Após análise estatística observou-se que o maior intervalo de tempo no diagnóstico de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e o tratamento oncológico. .

Tabela 2 – Médias e medianas de tempo - em dias - dos intervalos entre os eventos estudados

INTERVALOS	MÉDIA	MIN – MÁX	MEDIANA
Mamografia ou Ultrassom – Biópsia	87	1 – 322	46,5
Biópsia – Resultado da Biópsia	4	1 - 18	4
Serviço de Saúde – Alta Complexidade	15	0 - 120	10
Consulta UNACON - Tto. Oncológico	53	0 – 384	13
Mamografia ou Ultrassom - UNACOM	114	3 – 388	94,5
Mamografia Ou USG – Tto. Oncológico	185	28 - 394	160,5
Biópsia – Tratamento Oncológico	106	11 – 354	96

Fonte: Dados da Pesquisa

A Lei Nº 12.732/2012 determina que o paciente com neoplasia maligna tenha direito a submeter-se ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias a partir do dia do diagnóstico em laudo patológico. Nossos achados estão bem distantes do recomendado por esta lei. Podemos concluir que a partir do momento em que essa lei passou a vigorar poderemos ter um parâmetro para comparação e amparo legal para exigir do Estado, que tem como dever cuidar da nossa saúde, que cumpra a legislação vigente.

4. CONCLUSÕES

Com relação aos intervalos de tempo entre as etapas diagnóstica e terapêutica, a maioria das pacientes estudadas leva muito tempo entre a atenção primária até o encaminhamento ao serviço terciário. Para a realização da detecção precoce do câncer de mama – que reduz as taxas de mortalidade e melhora a qualidade de vida das doentes - é necessário que os programas de rastreamento instituídos pelo Documento de Consenso de 2004 sejam implantados e seguidos. O sistema público carece de uma maior integração entre os níveis primários, secundários e terciários visto que a Portaria 2439/05 já definia quando instituiu a PNAO. É necessário diminuir os tempos entre os

diferentes momentos que formam a linha de cuidado da paciente com câncer de mama.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Acessado em 02 março 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato_2001-2014/.../Lei/L12732.htm..

SOUZA, V.O.; GRANDO, J.P.S.; COUTO FILHO, J.O. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). **Revista Brasileira de Medicina**, Mai/2008, V.65, N.5. Acessado em 20 de Maio de 2012. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas,asp?fase=r003&id_materia=3763.

TRUFELLI, D.C.; MIRANDA, V.C.; SANTOS, M.B.B.; et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2008; 54(1): 72-6. Acessado em: 13 de março de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100024

**ESTRESSE DE PAIS NA ADMISSÃO DO FILHO EM TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

**MARILÉIA STÜBE¹; CIBELE THOMÉ DA CRUZ²; MONIQUE PEREIRA
PORTELLA GUERREIRO³; CAREN LAIS S. F. DOS SANTOS⁴; ENIVA MILADI
FERNANDES STUMM⁵**

1. Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: marileia06@yahoo.com.br
2. Hospital de Caridade de Ijuí. Ijuí, RS Brasil. E-mail: ci_thome@hotmail.com
3. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: moh_mohrya@hotmail.com
4. Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: carenlais@hotmail.com.br
5. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, RS, Brasil. E-mail: eniva@unijui.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Ao acompanhar as transformações na assistência neonatal, observa-se presença cada vez mais frequente dos pais no ambiente da UTIN, condição está desencadeadora de estresse por vivenciarem um misto de sentimentos e alterações significativas do cotidiano. A expectativa que envolve o nascimento de um filho está ligada à idéia de levar um bebê saudável para casa, porém, em algumas situações este fato não se concretiza, é interrompido pela internação em terapia intensiva (OLIVEIRA et al; 2013). Diante destas considerações, o presente estudo tem o objetivo de identificar níveis de estresse de pais de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, na internação do filho.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de uma instituição hospitalar filantrópica, porte IV, do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A mesma disponibiliza 08 leitos neonatais pelo Sistema Único de Saúde. Participaram deste estudo 57 pais e mães de recém-nascidos (RN) que internaram na referida unidade no período de fevereiro a agosto de 2016 e que atenderam aos critérios de inclusão elencados: ser pai e mãe de recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do referido hospital e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram respeitados os preceitos éticos que regem pesquisa com pessoas conforme Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE nº 50908915.0.0000.5350, Parecer Consubstanciado nº 1.383.837. A coleta de dados foi realizada em ambiente privativo, na respectiva unidade e, ao término da mesma, pai e mãe tinham liberdade de realizar alterações nos itens respondidos ou desistir a qualquer momento de sua participação, sem prejuízo algum. Os dados foram coletados a partir da aplicação de instrumento validado, a Parental Stress Scale: Neonatal Intensive

Care Unit, composta de 26 itens, distribuídos em três subescalas: “sons e imagens”, “aparência e comportamento do bebê” e “alteração do papel de pai/mãe”. Os pais indicaram, em uma escala do tipo Likert, com pontuação de 1 a 5, se experimentaram estresse nos itens da escala. A pontuação “1” refere-se a não estressante, “2” um pouco estressante, “3” moderadamente estressante, “4” muito estressante e “5” extremamente estressante (SOUZA et al., 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se que identificar fontes desencadeadoras de estresse em pais com filho internado em terapia intensiva contribuem para ações e intervenções da equipe, com objetivo de reduzir níveis de estresse vivenciados por eles (TURAN; BASBAKKAL; ÖZBEK, 2008). A Tabela 1 apresenta a frequência dos escores dos níveis de estresse dos pais em cada domínio da PSS: NICU. Verifica-se que, na internação do filho em terapia intensiva, o domínio “Alteração de papel de mãe/pai” a frequência maior foi nas categorias “muito estressante” e “extremamente estressante”, com 72,3% para mãe e 67,2% para pai. Já, no domínio “sons e imagens” ocorreu diferença entre a avaliação dos pais. Para a mãe os maiores percentuais ficaram nas categorias “não foi estressante” (25%), “um pouco estressante”(21,9%) e “moderadamente estressante”(21,9%). Para o pai este domínio apresentou maiores percentuais nas categorias “muito estressante (20%), extremamente estressante (24%) e moderadamente estressante (28%)”. No domínio “aparência e comportamento do bebê” o maior percentual foi na categoria “extremamente estressante”, com 37,8% para a mãe e 36,7% para o pai.

Tabela 1: Frequência dos escores dos níveis de estresse em cada domínio da escala PSS:NICU: comparativo entre pais dos recém-nascidos, na internação em uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal.

Domínios	Categorias	Mães %	Pais %
Alteração de papel de mãe/Pai	Não foi estressante	5,4	7,5
	Um pouco estressante	8,9	10,3
	Moderadamente estressante	13,4	14,9
	Muito estressante	27,2	17,2
	Extremamente estressante	45,1	50,0
Sons e Imagens	Não foi estressante	25,0	16,0
	Um pouco estressante	21,9	28,0
	Moderadamente estressante	21,9	12,0
	Muito estressante	12,5	20,0
	Extremamente estressante	18,8	24,0
Aparência e comportamento do bebê.	Não foi estressante	20,5	27,3
	Um pouco estressante	13,9	14,3
	Moderadamente estressante	9,7	10,1
	Muito estressante	18,2	11,7
	Extremamente estressante	37,8	36,7

Total	100	100

Fonte: Banco de Dados da pesquisa, 2016.

No domínio “Alteração de papel de Mãe/Pai” a concentração maior foi nos escores mais altos, em contrapartida no domínio “Sons e Imagens” a concentração foi maior nos escores mais baixos. Ao acompanhar as transformações na assistência neonatal, observa-se presença cada vez mais frequente dos pais no ambiente da UTIN. Neste sentido, é importante refletir sobre repercussões e maneiras mais adequadas de a família ser abordada, no sentido de promover melhor adaptação nessa fase crítica vivenciada pelo neonato, pais e familiares, compartilhada com a equipe da unidade neonatal (BUARQUE et al., 2006).

4. CONCLUSÕES

A identificação de fontes desencadeadoras de estresse de pais com filho em terapia intensiva oportuniza intervenções direcionadas à redução do estresse vivenciado por eles, com segurança e impacto positivo na qualidade de vida do recém-nascido e dos pais, além de ampliação de conhecimentos e qualificação da assistência à este perfil de paciente e sua família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. **Resolução CNS Nº 466** - Ministério da Saúde. 2012.
2. BUARQUE, V. et al. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. **Jornal de Pediatria**, 82(4):295-301, 2006.
3. OLIVEIRA, K et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. **Esc Anna Nery**, 17(1):46-53, jan./mar. 2013.
4. SOUZA, S. R.; DUPAS, G.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cultural adaptation and validation for the portuguese language of the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). **Acta Paulista de Enfermagem**, 25(2):171-176, 2012.
5. TURAN, T.; BASBAKKAL, Z.; ÖZBEK, S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, 17(21):2856-2866, 2008.

INICIAÇÃO SEXUAL DE MULHERES

MARCELI CLEUNICE HANAUER¹; MONICA PIVOTTO²; VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA³; IVETE TERESINHA REDIN DAL BELLO⁴; CLAUDIA CRISTINE MORO⁵; VANESSA RITIELI SCHOSSLER⁶

¹Universidade Federal da Fronteira Sul – tilihanauer@hotmail.com

²Hospital São Francisco de Concórdia – tilihanauer@hotmail.com

³Universidade Federal da Fronteira Sul – valeria.madureira@uffs.edu.br

⁴Universidade do Contestado – tilihanauer@hotmail.com

⁵Universidade do Contestado – tilihanauer@hotmail.com

⁶Universidade Federal da Fronteira Sul – tilihanauer@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A palavra adolescência tem origem do Latim, que indica: a para a mais e crescer. Portanto, literalmente, adolescência significa o crescimento, ou o processo de crescimento. Para tanto é considerada a passagem de um círculo primário restrito à família para um universo secundário. Em relação a sexualidade, as trajetórias masculinas e femininas são distintas especialmente devido à maneira como as expectativas em relação à experimentação sexual são marcadas pelo gênero (Cecchetto et. al, 2016).

Tabus, preconceitos e o sentido de pecado que cercaram a sexualidade ao longo dos anos, os quais fizeram com que fosse considerado como algo perigoso que exige controle e expõe a castigos. Em tempos passados, isto fazia com que a prática do sexo fosse tida com receio por jovens/adolescentes, assim dificultou a discussão aberta de questões relacionadas a este assunto, assim desenvolveu-se práticas educativas para uma vida sexual saudável. Hoje, a ideia de que sexo é visto como qualquer outra atividade humana e que, como tal, deva ser apreendido, pois os indivíduos são socializados para a entrada na vida sexual através da cultura, diferente em cada sociedade e que estabelece variados costumes nesse campo (HEILBORN, 2006).

A iniciação sexual assume diferentes significados e razões para mulheres e homens, com normas e valores individualizados. A idade ou o momento ideal para a iniciação sexual é motivo de muitas dúvidas para a grande maioria de jovens e adolescentes. Não existe uma idade pré-determinada para essa experiência, mas é fundamental que os adolescentes saibam usar medidas de proteção para evitar consequências inesperadas. Com o surgimento e crescimento da aids no mundo todo, sexo, sexualidade, práticas sexuais, orientações sexuais, medidas de proteção e outros temas relacionados passaram a ser publicamente abordados, pois a via sexual é a principal forma de transmissão do HIV, ao qual homens e mulheres hetero, homo ou bissexuais são vulneráveis (Cecchetto et. al, 2016; POTTER, PERRY, 2004).

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a primeira relação sexual acontece antes dos 20 anos para a maioria dos jovens e antes dos 18 anos para grande parte deles. Nesse particular observa-se uma tendência à redução da idade e diferenças nas experiências de homens e mulheres. Pesquisa desenvolvida em escola de Peritiba (SC) constatou que 34,21% das

adolescentes participantes já havia tido sua primeira relação sexual e, delas, 92,3% iniciou-se entre 14 e 16 anos. A idade média de iniciação sexual foi de 14,9 anos, um ano inferior à média nacional de 15,9 anos (CAMARGO, BOTELHO, 2007; MADUREIRA, WEBER, 2011).

2. METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo desenvolvido entre março e novembro de 2010, com mulheres entre 18 e 20 anos estudantes da Universidade do Contestado – UnC Concórdia que aceitaram participar, que totalizou 219 estudantes participantes. Para coleta utilizou-se questionário com perguntas fechadas e mistas elaborado para estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado com o protocolo nº.118/10. Primeiramente solicitou-se autorização da instituição. Em sala, explicou-se os objetivos da pesquisa e a metodologia de desenvolvimento, pedindo a colaboração das mulheres e garantindo-lhes a possibilidade de escolher participar ou não da pesquisa. Foram convidadas a participar todas as mulheres presentes na sala de aula no momento da aplicação do questionário e que atendiam aos critérios de inclusão do estudo (idade mínima de 18 anos, máxima de 20 anos e aceitar participar do estudo). Os dados foram organizados em planilha em banco de dados, analisados com estatística descritiva e discutidos com a literatura pertinente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de participantes, 212 (92,5%) afirmaram já terem tido relacionamento sexual, com destaque para a faixa etária de 15 a 17 anos na primeira relação sexual (73,63%). A idade de 17 anos para iniciação sexual compreendeu o maior número de mulheres (28,3%), seguida pelos 16 anos (26%) e pelos 15 anos (19,33%). Pesquisa realizada em 2002 com 416 adolescentes de ambos os sexos de 15 a 19 anos na cidade de São Paulo, identificou o início da atividade sexual aos 17 anos, o que vem ao encontro do presente estudo (BORGES, LATORRE E SCHOR, 2016).

No presente estudo os motivos mais citados da primeira relação sexual foram amor/paixão 55,2%, seguida de vontade/tesão 18,85% e curiosidade 10,35%, foram citados mais motivos na pesquisa sendo este três os principais. Para descrever a experiência vivida na primeira relação sexual, a maioria das participantes utilizou um único adjetivo e 59,3% considerou a experiência ótima. As que aprofundaram a resposta indicaram diferentes elementos qualificadores, alguns indicavam pontos positivos, como *“foi especial”, “Gostaria que sempre fosse como a primeira vez”, “foi um momento inocente, lindo, inesquecível”*. No entanto, houve aquelas que utilizaram qualificadores negativos, como *“foi ruim, senti muita dor”, “foi ruim e esquisita”, “não foi boa, mas dolorida”, “foi curiosa, mas dolorida”*. Outras mulheres também apontam a falta de preparo, como um elemento que tornou a experiência desagradável, *“foi algo novo, inesperado”*.

O estudo de Borges, Latarro e Schor (2016), 68,4% das mulheres jovens participantes do estudo não planejaram a primeira relação sexual, resultado semelhante encontrado em uma pesquisa de Chaves et.al (2014), na cidade de

Fortaleza, com 234 jovens de ambos os sexos, que relatam que a primeira relação sexual foi esperada mas não planejada. No presente estudo, 205 (96,7%) mulheres indicaram o uso de preservativo masculino na primeira relação sexual. As demais não o utilizaram por que “*não deu tempo de colocar*”, “*não tinha para usar*” e “*nem lembrei do assunto*”.

4. CONCLUSÕES

Com os resultados apresentados, pode-se concluir que adolescentes do sexo feminino do município de Concórdia – SC têm iniciado suas vidas sexuais em idade superior (16,2 anos) e que têm sua primeira relação sexual. Considerando-se as estatísticas de doenças sexualmente transmissíveis, aids, HIV e gravidez na adolescência no Brasil, o número de mulheres que relatou não ter usado preservativo merece uma atenção especial. Os relatos a esse respeito sugerem uma primeira relação sexual apressada, com a mulher despreparada, pois não tinha preservativo consigo e, ainda, não houve diálogo ou negociação sobre o uso deste contraceptivo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, a.l.v.; LATORRE, M.R.D.O.; SCHOR, N. Adolescência e Vida Sexual: estudo dos fatores individuais e familiares associados ao início da vida sexual de adolescentes da cidade de São Paulo. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 15, Caxambu, 2002. Anais Associação Brasileira de Pesquisa. São Paulo: Unicamp, 2016. v.32 p 2.
- CAMARGO BV, BOTELHO LJ. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev Saúde Pública** 2007 fev.; 41(1):61-8.
- CECCHETTO, Fátima et al. Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 59, p.853-864, jan. 2016.
- CHAVES, Ana Clara Patriota et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p.48-53, fev. 2014.
- MADUREIRA VSF, WEBER AI. Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção. *Cogitare Enferm* 2011 Abr./Jun.; 16(2):333-9.
- HEILBORN ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos Feministas** 2006 jan./abr.; 14(1):43-59.
- POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de enfermagem**. 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RECURSOS TECNOLÓGICOS: POSSIBILIDADES PARA UMA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO

FERNANDA DE CASTRO SILVEIRA¹;

¹Universidade Federal do Rio Grande ¹ – fernandasilveira@furg.br ¹

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho foi a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, na qual é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (Educação Alimentar, 2013).

O estudo teve por objetivo desenvolver hábitos alimentares saudáveis, pesquisar conteúdos de nutrição através de ferramentas da tecnologia, aproveitar e usufruir do laboratório de informática da escola, assim como, oferecer autonomia de escolha dos alimentos, evitar o desperdício e desenvolver o aprendizado do uso de garfo e faca no espaço escolar. Utilizando como mediadores os recursos tecnológicos e os objetos virtuais de aprendizagem.

2. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido na Escola Municipal de Ensino Fundamental Cidade do Rio Grande, com alunos 6º, 7º, e 8º ano, que participavam do Programa Mais Educação da rede de municipal de ensino, Rio Grande - RS. Estes estudantes foram escolhidos porque são pessoas com risco de vulnerabilidade social e alimentam-se mais tempo fora de casa. E este programa foi criado pela Portaria *Interministerial nº 17/2007*, na qual aumenta a oferta educativa nas escolas públicas por meio de atividades optativas.

As ações utilizadas neste trabalho foram desencadeadas utilizando a metodologia Unidade de Aprendizagem (UA) que foi a Educação Nutricional. Os indivíduos participantes da pesquisa foram: 3 nutricionistas do Núcleo de Alimentação Escolar da Prefeitura Municipal do Rio Grande; 4 professoras da Escola Municipal de Ensino Fundamental Cidade do Rio Grande que atuavam no Programa Mais Educação e 27 estudantes do programa, da 6º, 7º e 8º ano do Ensino Fundamental, com idade entre 11 e 15 anos.

Foram desenvolvidas durante a pesquisa cinco oficinas. A primeira oficina foi sobre cardápio saudável, a modelagem do objeto de aprendizagem

da pirâmide alimentar é uma exemplificação de uma estratégia de educação nutricional idealizada para trabalhar os conceitos relacionados à alimentação saudável e promoção da saúde nas escolas de Ensino Fundamental. No laboratório de informática cada equipe elaborou o consumo alimentar de um dia da sua família, procurando na *Internet* as fontes alimentares. Sendo um momento de oportunizar o uso do laboratório, e utilizar as tecnologias para elaborar as refeições.

A segunda oficina desenvolveu o assunto sobre o que temos para o almoço. Os estudantes tiveram que diferenciar alimentos saudáveis de não saudáveis e elaborar um cardápio nutritivo. No laboratório de informática pesquisaram receitas nutritivas, medidas caseiras, calorias e composição nutricional dos alimentos, e conhecer a tabela de composição nutricional. Na terceira oficina com o tema: com o garfo e a faca na mão. Os estudantes aprenderam regras de etiqueta e a história dos talheres, reconhecendo a sua importância do seu uso. O multimídia foi utilizado por ser considerado um recurso atrativo e ilustrativo de exemplificar o uso.

A quarta oficina com o título: vamos combinar; tratou sobre normas de convivência e utilização do refeitório, elaboração de cartazes para tornar o ambiente agradável e de jogos americanos. E dando continuidade, no laboratório de informática uma pesquisa no site do Ministério da Saúde (MS) sobre os Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Na quinta oficina entre saberes e sabores, oferecido o cardápio escolhido pelos estudantes, na qual tiveram a oportunidade de experimentar o sistema *self service* durante a refeição. Após aplicado um teste de aceitabilidade: o que você achou da preparação da servida? Este teste foi realizado segundo os parâmetros do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), com procedimentos metodológicos, cientificamente reconhecidos, destinado a medir o índice de aceitabilidade da alimentação oferecida aos escolares. O cálculo é realizado somando os conceitos gostei + adorei e para ser considerado aprovado deve ter no mínimo 85% de aceitação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cardápio apresentado apresentou 85% de aceitabilidade, sendo este considerado aprovado. Sendo muito importante a sua realização, pois pode avaliar e comprovar a aceitação do cardápio preparado, sendo este índice considerado um resultado com valor alto e muito satisfatório.

Os resultados desta pesquisa permitiram desenvolver várias concepções pedagógicas identificadas na prática da nutrição e descrever metodologias ativas de educação em saúde, na promoção da alimentação saudável de estudantes do ensino fundamental. Além disso, atender o Programa Mais Educação, que prevê aumentar a oferta educativa nas escolas públicas por meio de atividades optativas, que visam a promoção da saúde, na qual o assunto alimentação saudável é muito válido de ser desenvolvido.

4. CONCLUSÕES

Portanto, são válidas as ferramentas de orientação que visam à promoção da saúde por meio da formação de hábitos alimentares adequados e adaptados aos conhecimentos científicos. Além disso, as recomendações

nutricionais e de composição alimentar, com mensagens práticas que facilitem, ao maior número de pessoas, a seleção e o consumo adequado de alimentos, levando em consideração os fatores antropológicos, culturais, educativos, sociais e econômicos.

Sendo a discussão de conhecimentos sobre alimentação e hábitos saudáveis nas escolas de suma importância para a saúde dos escolares. E as ferramentas tecnológicas podem contribuir muito no processo de ensino-aprendizagem, promovendo condições de estímulo, argumentação e socialização entre os estudantes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Educação Alimentar. Acesso em: 14 de jun. de 2016. Online. Disponível em: www.ideiasnamesa.unb.br/index.php?r=site/EducacaoAlimentar.

Guia Alimentar: como ter uma Alimentação Saudável. Acesso em: em 14 de jun. de 2016. Online. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/nutricao> >

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília, 2012.

Portaria Interministerial nº1010 de 8 de maio de 2006. **Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas em âmbito nacional**. Brasília, 2006a. Acesso em 14 de jun. de 2016. Online. Disponível em <http://www.rebrae.com.br/banco_arquivos/arquivos/legislacao_pnae/1010.pdf>

Portaria Interministerial nº 17/2007. **Institui as diretrizes para o programa Mais Educação nas escolas de ensino fundamental**, Brasília, 2007. Acesso em 14 de junho de 2016. Online. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16701&Itemid=1114 .

A PESQUISA QUALITATIVA NO ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS PAIS DE NEONATOS HOSPITALIZADOS

MARIANA DOMINGOS SALDANHA¹; TANIELY DA COSTA BÓRIO²; ANANDA
ROSA BORGES³; RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – marianadsaldanha@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – tanielydacb@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – nandah_rborges@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – r.gabatz@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, proporcionando a construção de novas abordagens, bem como a revisão e a criação de novos conceitos (MINAYO, 2010). Ela trabalha com um conjunto de significados, valores ou crenças que fazem parte da realidade social, vivida e partilhada pelas pessoas com seus semelhantes (MINAYO, 2012). Nesse contexto, podem ser utilizadas diversas técnicas para a coleta dos dados, a mais frequente é a entrevista, a qual também foi utilizada nesse estudo.

A entrevista caracteriza-se como uma conversa que objetiva elaborar informações para um objeto de pesquisa, sendo importante destacar que essa é uma forma privilegiada de interação social (MINAYO, 2012).

A experiência vivenciada com essa abordagem, no presente estudo, permitiu conhecer a percepção dos pais de neonatos acerca das informações recebidas na alta hospitalar pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Como esse ambiente representa para os pais e familiares dos neonatos um local de angústia, ansiedade, impotência, tristeza e temores (FROTA et al., 2013), a entrevista possibilitou uma maior aproximação e interação para coleta das informações. A interação e a comunicação efetivas, entre os pais e familiares dos neonatos hospitalizados na UTIN e a equipe de enfermagem, são imprescindíveis para que seja propiciado um cuidado integral e humanizado. Os pais precisam se sentir participantes do cuidado e receber informações claras e compreensíveis para se sentirem mais confiantes no desenvolvimento do vínculo com o recém-nascido hospitalizado na UTIN.

Partindo desse pressuposto é importante a presença dos pais na unidade para que os mesmos recebam as informações a fim de garantir uma melhor qualidade do cuidado do neonato quando ocorrer à alta hospitalar. Portanto, acredita-se que para conhecer a perspectiva dos pais acerca da hospitalização dos seus filhos recém-nascidos na UTIN, é necessário utilizar a abordagem mais adequada, nesse estudo, considerou-se ser a qualitativa, por meio da entrevista.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada em uma UTIN de um Hospital Universitário da região Sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram 10 pais de recém-nascidos internados na UTIN, sendo esses constituídos por nove mães e um pai. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, baseadas em um roteiro predefinido, cujas informações foram coletadas no primeiro semestre de 2017.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para análise integral dos dados através da análise de conteúdo temática, conforme descrita por Minayo (2010). A análise de conteúdo consiste em uma técnica de tratamento dos dados, buscando interpretação do material qualitativo, que consiste de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Essa análise permite descobrir os códigos sociais que estão contidos nos depoimentos (MINAYO, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização da abordagem qualitativa, associada à entrevista para coleta dos dados e a análise de conteúdo temática para a análise desses, possibilitou identificar as expectativas dos pais e familiares com a internação na UTIN, conhecer quais as informações recebidas para alta da UTIN, bem como que informações não fornecidas são importantes para os pais.

Outros estudos também utilizaram a abordagem qualitativa para tratar da temática, buscando conhecer a percepção da mãe sobre o nascimento e o cuidado do recém-nascido prematuro após a alta (FROTA et al., 2013; ANJOS et al., 2012), compreender como os familiares do recém-nascido prematuro e a equipe de saúde percebem o preparo para a alta hospitalar numa unidade de cuidados intensivos neonatais (GAIVA et al., 2006) e investigar evidências sobre as ações de enfermagem utilizadas junto às mães de prematuros internados em unidades neonatais no preparo da alta (SCHMIDT et al., 2011). Portanto, observa-se que a abordagem qualitativa é adequada para desenvolver estudos com essa temática.

4. CONCLUSÕES

A realização desse trabalho permitiu refletir acerca da importância do uso de metodologias qualitativas para investigar a percepção dos pais de neonatos hospitalizados na UTIN. Essa percepção constitui-se de algo subjetivo, que não pode ser mensurado, portanto apenas apreendido com o uso de abordagens qualitativas, tal como observado nesse estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANJOS, L. S.; LEMOS, D. M.; ANTUNES, L. A.; ANDRADE, J. M. O.; NASCIMENTO, W. D. M.; CALDEIRA, A. P. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 571-577, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004>; Acesso em: 14 set. 2016.
- FROTA, M. A.; SILVA, P. F.; MORAES, S. R.; MARTINS, E. M. C. S.; CHAVES, E. M. C.; SILVA, C. A. B. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido

premature no domicílio: vivência materna. **Revista da Escola de enfermagem Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a11.pdf>>; Acesso em: 14 set. 2016.

GAIVA, M. A. M.; NEVES, A. Q.; SILVEIRA, A. O.; SIQUEIRA, F. M. G. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 387-392, 2006. Disponível em <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/434>>; Acesso em 14 set. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHMIDT, K. T.; BESSA, J. B.; RODRIGUES, B. C.; ARENAS, M. M.; CORRÊA, D. A. M.; HIGARASHI, I. H. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Revista da rede de enfermagem do nordeste (RENE)**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 849-858, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/resumo_portugues/a24v12n4.html>; Acesso em 14 set. 2016.

**ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NA REFERÊNCIA E CONTRA
REFERÊNCIA DE INDIVÍDUOS DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE
CHAPECÓ/SC**

VANESSA RITIELI SCHOSSLER¹; CLÁUDIA MORESCO PELISER²; MARCELI
CLEUNICE HANAUER³; VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA⁴

¹ Estudante da 8ª fase do curso de Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul –
UFFS, Campus Chapecó/SC – vanessa.riti@gmail.com

² Enfermeira graduada pela UFFS, Campus Chapecó/SC. Autora do TCC.

³ Estudante da 10ª fase do curso de Enfermagem. UFFS, Campus Chapecó/SC

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da UFFS, Campus
Chapecó/SC

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT são situações de saúde de curso longo, que não se resolvem naturalmente e cuja cura é rara ou inexistente. (SMELTZER, 2009). O Diabetes *mellitus* (DM) é uma destas doenças e refere-se a um distúrbio metabólico de vasta etiologia que se evidencia por hiperglicemias, alterações no metabolismo de gorduras, proteínas e carboidratos, decorrente da deficiência da secreção de insulina ou da restrição de sua funcionalidade. Vista como doença crônica demanda acompanhamento, assistência, recursos terapêuticos e vigilância para outros agravos (BRASIL, 2013). No Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em agosto de 2014 havia no país 483.844 indivíduos cadastrados com diabetes, sendo que 395.756 estavam em acompanhamento. Simultaneamente, em Santa Catarina, os indivíduos diabéticos cadastrados totalizavam 118.645 e, dentre eles, 100.536 estavam sendo acompanhados. Ao mesmo tempo, a Macrorregião de saúde ‘Grande Oeste’ possuía 14.892 diabéticos cadastrados, dos quais 13.805 estavam em acompanhamento. Na cidade de Chapecó/SC eram 3.686 cadastrados, dos quais 3.111 em acompanhamento (BRASIL, 2014b). Ao longo dos anos, a doença pode gerar complicações macro e microvasculares ameaçando o bem-estar e a vida do diabético, podendo causar lesões graves, perdas de função ou falência de órgãos. O cuidado integral dos indivíduos com DCNT, como a DM, é organizado a partir de Redes de Atenção à Saúde – RAS cujos objetivos são: fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, consolidar o cuidado às pessoas com doenças crônicas; assegurar o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas; colaborar para promoção da saúde da população e prevenir o progresso das doenças crônicas e suas implicações (BRASIL, 2014). Na assistência de saúde ao portador de DM, o enfermeiro tem papel importante seja para cuidar ou instruir paciente e família. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta a prática de consultas de enfermagem, as ações em grupo e a realização de procedimentos como ações do profissional enfermeiro. Essas atividades podem ser desenvolvidas na unidade de saúde, na residência do paciente e mesmo em espaços da comunidade (BRASIL, 2013). Diante do exposto, esse resumo apresenta uma parte do estudo desenvolvido com a

seguinte questão norteadora: “Como é realizado o cuidado de Enfermagem ao indivíduo com Diabetes Mellitus?”. O objetivo é apresentar os resultados categorizados no tema ‘Processo de Comunicação na Rede de Atenção ao Diabético’.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa cujos dados foram coletados em entrevista semi-estruturada com enfermeiros atuantes em três Centros de Saúde da Família (CSF) e em um Centro de Referência do município de Chapecó SC que atendem a portadores de DM e são espaços de práticas acadêmicas e projetos de pesquisa do curso de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS (parecer consubstanciado nº 1101819). Os dados foram coletados no mês de junho de 2015 com entrevistas a seis 6 enfermeiros que atuam nos serviços há mais de um ano. A análise dos dados foi realizada com a técnica de Análise Temática proposta por Minayo (2012). No tema em foco, ‘O Processo de Comunicação na Rede de Atenção ao Diabético’, emergiram três subtemas: formas de comunicação; a comunicação entre as equipes e sua interferência no acompanhamento efetivo dos usuários; fragilidades da referência e contra-referência.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Referência e contra referência são modelos de organização de um serviço baseadas em redes que possuam fluxo e pactuações de trabalho assegurando a integralidade do cuidado, pois “o sistema em rede deve fomentar e assegurar vínculos nas dimensões intraequipes, intequipes/serviços, entre profissionais da saúde e gestores e entre usuários e serviços/equipes” (COSTA, 2013, p.188). Uma forma utilizada para a comunicação na referência e na contra referência apontada pelos enfermeiros foi o sistema de prontuário eletrônico, considerado um avanço para o serviço. Porém, profissionais consideram que o contato direto entre o centro de referência e o enfermeiro contra referindo o diabético para acompanhamento no CSF seria mais efetivo para a assistência, pois, mesmo com o registro no prontuário eletrônico, o enfermeiro do CSF precisa ser comunicado do atendimento para que acesse o prontuário eletrônico e dê continuidade à assistência. Outras formas de comunicação entre equipes e profissionais indicadas foram telefonemas, malote e e-mails. No subtema ‘a comunicação entre as equipes e sua interferência no acompanhamento efetivo dos usuários’ percebeu-se ser comum que os enfermeiros dos CSF não saibam quais diabéticos são acompanhados no serviço de referência, o que sugere falhas no processo de comunicação entre os pontos da rede envolvidos na assistência ao diabético. Tal situação pode acarretar em prejuízos na qualidade e integralidade do cuidado, visto que a equipe do CSF está mais próxima do usuário, realizando a atenção domiciliar e a busca ativa. Esse é um reflexo da fragilidade do sistema de referência e contra referência, terceiro subtema, considerado falho ou inexistente pelos enfermeiros, o que indica fragmentação do cuidado. Assim, uma vez insulínica, o diabético passa a ser atendido pelo serviço de referência perdendo o acompanhamento do CSF. A prática de ‘transferir’ um diabético para o centro de referência visava a não duplicar o prontuário físico. Hoje, o

prontuário eletrônico é acessado em todos os serviços vinculados à secretaria municipal de saúde, mas a antiga prática persistiu.

4. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo possibilitaram a percepção da fragmentação do cuidado de enfermagem. As equipes dos CSF têm dificuldades de identificação dos pacientes acompanhados pelo centro de referência, que ficam desassistidos nos serviços de atenção básica como visita domiciliar, atividades educativas e consultas clínicas de enfermagem e medicina. O Enfermeiro e a equipe precisam saber das necessidades de todos os usuários residentes no território. No caso dos diabéticos, é preciso saber quem faz acompanhamento no centro de referência e solicitar ao agente comunitário uma atenção especial nas visitas justamente pelo fato de serem indivíduos com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de agravos. Os papéis precisam ser revistos a fim de reorganizar os fluxos do serviço e propiciar um cuidado integral.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, R.P.; CARVALHO, C.P.; MARTINS, D.A. **Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de diabetes mellitus**. Cogitare Enfermagem. Curitiba, v. 15, n. 1, p.106-9, 2010.

COSTA, S.M. et al. **Referência e contra referência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde**. Rev. Aps. Montes Claros, v. 16, n. 3, p.287-93, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.160p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação em atenção básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 160 p.

PELISER, C.M.. **O cuidado de enfermagem ao indivíduo com diabetes mellitus: percepções de enfermeiros de Chapeco SC**. 2015. 86 f, TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2015.

SMELTZER, S.C. et al. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: _____ (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA
ÓTICA MOSCOVICIANA**

GREICE CARVALHO DE MATOS¹; MARILU CORREA SOARES²; ANA PAULA
DE LIMA ESCOBAL³; PRICILLA PORTO QUADRO⁴; SUSANA CECAGNO⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – greicematos1709@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas- enfmari@uol.com.br

³Universidade Federal de Pelotas- anapaulaescobal@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas- pricillaporto@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas- cecagno@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência sempre esteve presente na civilização. Na antiguidade mulheres iniciavam a vida sexual ainda na puberdade, engravidavam e morriam antes dos 20 anos, devido a complicações da gravidez e do parto. Este fato se repete na Idade Média, em que as meninas ao vivenciarem a menarca imediatamente eram submetidas ao casamento com homens escolhidos pela família, e neste contexto tinham o papel de ter filhos e cuidar do lar. Atualmente a gravidez na adolescência tem sido vista como problema de saúde pública, estando intimamente ligada ao meio social e as concepções construídas por meio da interação social (SANTOS, NOGUEIRA; 2009).

Para compor o referencial teórico deste estudo, optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS) criada por Serge Moscovici em 1978. Moscovici afirma que as representações sociais podem induzir o comportamento das pessoas pertencentes a uma comunidade; as mesmas depois de concebidas circulam na sociedade, se inter cruzam, se atraem e se repelem por meio de um gesto, ou de uma reunião em nosso mundo cotidiano, resultando no nascimento de novas representações (MOSCOVICI, 1978).

Com base no exposto este estudo teve como objetivo conhecer as representações sociais da gravidez recorrente na adolescência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma categoria da dissertação intitulada “Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência”. Pesquisa qualitativa descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici (1978). Foi realizada em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), de uma cidade do sul do Estado do Rio Grande do Sul. Fizeram parte deste estudo 30 mulheres adultas que vivenciaram parto recorrente na adolescência.

Os dados foram coletados no período entre maio e agosto de 2015, por meio de entrevista semiestruturada gravada, a partir de perguntas disparadoras envolvendo as temáticas: gravidez na adolescência, vivência do parto e da recorrência do mesmo, formação do conhecimento sobre o processo de parturição e redes de apoio.

A análise dos dados foi feita sob a luz da Análise Textual Discursiva (ATD) buscando-se sustentação no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), na vertente moscoviciana (MORAES, GALIAZZI; 2011).

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina-Universidade Federal de Pelotas, Parecer nº1.066.085 e CAAE 43861015.7.0000.5317. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) foi assinado por todas as participantes da pesquisa e o anonimato foi assegurado por meio da utilização da inicial “M” referindo-se a mulher acrescida da idade atual e ordem numérica da entrevista. Exemplo: M.25.1; M.23.2.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo a gravidez na adolescência foi enfatizada por meio de um olhar unilateral de situação problema evidenciado nos discurso das participantes, que relataram a não aceitação da família frente às suas gestações.

“Foi bem difícil porque minha mãe não queria, me internou no sanatório para me fazerem um aborto, eu fugi de casa primeiro porque não tinha liberdade, não me deixavam aproveitar a vida, eu era bem rebelde, aí depois quando ela descobriu que eu estava grávida, eu tive que fugir de novo, porque ela queria de todo jeito que eu tirasse a criança, aí fui morar com meu namorado (pai da criança)”.
(M.41.7)

“Acho que fiquei mais responsável, fui corrida de casa, briguei com minha mãe, e como sou muito orgulhosa não tive a oportunidade de fazer as pazes antes dela falecer, acho que isso me deixa chateada, mas não me arrependo de ter tido meus filhos, eles são minha razão de viver”.
(M.26.14)

As participantes deste estudo, apontam para a representação social que a gravidez precoce representa na sociedade, imperando o conceito de “irresponsabilidade”, “problema”, “situação transgressora”, e neste contexto os familiares ao ancorarem-se à estes conceitos acabam objetivando suas concepções de não aceitação da situação, talvez pela dificuldade de ir na contramão ao pensamento social.

Neste sentido, cabe salientar que as representações sociais “são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específica a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social” (MOSCOVICI,1978).

Neste pensar, é preciso trabalhar na vertente de romper com a influência social, buscando conscientizar os familiares sobre a necessidade do apoio à adolescente grávida, pois ao sentir-se protegida pode vivenciar o processo de gestar e parir sem anseios e preocupações.

4. CONCLUSÕES

A interação social permite que novas representações nasçam na sociedade e orientem o pensamento e comportamento dos sujeitos, pois estas não são estáticas, sofrem alterações intergeracionais, ao mesmo tempo em que são partilhadas pelo grupo social. Assim, torna-se relevante conscientizar os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros de que podem sim serem fonte de conhecimento no meio social, sendo de extrema importância fornecer informações acerca do ciclo gravídico-puerperal ainda na gestação da adolescente primípara, pois quando a mulher recebe informações, constrói e reconstrói suas representações sobre o processo e age perante suas vivências empoderada de tal representação social (re) construída.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012. Acessado em 23 jul. 2017. Online. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

MOSCOVICI S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.

MORAES R., GALIAZZI MC. **Análise textual discursiva**. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011.

SANTOS C.A.C., NOGUEIRA K.T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescencia & Saúde**. V.6,n.1,p.:48-56,2009.

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO EXTREMO OESTE CATARINENSE

**FERNANDA LENKNER¹; JÉSSICA SCHAURICH²; CLEBER
CAVAGNOLI³; CRHIS NETTO DE BRUM⁴; SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁵**

¹Universidade do Oeste de Santa Catarina – fernandalenkner@hotmail.com

²Universidade do Oeste de Santa Catarina – jessischaurich@gmail.com

³Universidade do Oeste de Santa Catarina - clebercavagnoli@outlook.com.br

⁴Universidade Federal da Fronteira Sul – crhis.brum@uffs.edu.br

⁵Universidade do Oeste de Santa Catarina – samuel.zuge@unoesc.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde e o bem-estar tem ganhado destaque no contexto da atualidade, devido a mudanças sobre a percepção de saúde, principalmente focadas na melhora da qualidade de vida. Assim, destacou-se que de forma geral esta percepção está atrelada a inúmeros fatores. (NAHAS, 2006).

O conceito qualidade de vida vem sendo utilizado cada vez mais nos campos da saúde e do trabalho com objetivo de identificar indicadores que possam trazer uma melhoria aos profissionais. O desgaste dos profissionais vai depender da carga de trabalho e pela especificidade das funções a serem desempenhadas (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Ao analisar a qualidade de vida no âmbito de trabalho de enfermagem avaliou-se os fatores que mais afetam a qualidade de vida dos profissionais, entre eles se destacam o meio ambiente físico, o psíquico e as relações sociais. Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da região do extremo oeste catarinense.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no hospital regional da região do extremo oeste de Santa Catarina. Participaram da pesquisa aproximadamente 100 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de ambos os sexos. A coleta aconteceu no de agosto a setembro de 2016. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: 1) Questionário sócio demográfico, econômico e características funcionais do trabalho; 2) Escala WHOQOL-BREF. A análise dos dados foi por meio estatística descritiva. O projeto teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina, sendo registrado por meio da Plataforma Brasil, com aprovação, número CAAE: 47427415.4.0000.5367 e do parecer número 1.657.563.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa eram predominantes do sexo feminino (95 %), obtendo entre 20 a 29 anos (38%) e 30 a 39 anos (37%). A carga horária

do trabalho prevalente variou entre 40 a 60 horas semanais (51%). Tempo na função exercida obteve predomínio em período de menos de um ano e menos que cinco anos (77%), e o turno que mais atua com frequência período diurno (manhã/tarde) apresentando 39% e o setor de atuação predominante foi à internação (35%). Em questão de cuidados a saúde, 82% não realizam nenhum tipo de tratamento a saúde, e dentre os 18% que realizam tratamento de saúde, 27,8% foram em decorrência de problemas com a asma. Segundo a escala WHOQOL-BREF, as médias que obtiveram os escores de reposta mais altas foram: Questão 15 - Quão bem você é capaz de se locomover? (4,39; $\pm$ 0,680); Questão 6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (4,07; $\pm$ 0,769); Questão 23 - Quão satisfeito você está com suas condições do local onde mora? (4,05; $\pm$ 0,869); Questão 2 - quão satisfeito você está com sua saúde? (4,02; $\pm$ 0,635).

Os escores de respostas que apresentaram as menores médias foram: Questão 4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (1,73; $\pm$ 0,827); Questão 3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (1,92; $\pm$ 0,837); Questão 26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão? (2,45; $\pm$ 0,914); Questão 14 - Quão bem você é capaz de se locomover? (3,01; $\pm$ 0,916).

A qualidade de vida esta relacionada ao processo saúde e doença, uma vez que, em sua concepção estão diretamente ligadas. Assim, os profissionais que trabalham com a concepção de promover a sua própria saúde, acabam se tornando profissionais mais saudáveis, possibilitando uma melhor qualidade de vida e de assistência (LACAZ, 2000).

Linch (2000) aponta que os enfermeiros tendem a possuir uma jornada de com mais horas trabalhadas, e correlaciona estas questões as características desses profissionais vivenciadas durante o trabalho, como: enfrentamento desses profissionais em relação ao sofrimento, como a dor, e a tristeza, proporcionadas pelo próprio ambiente. Dentre os resultados, constatou a diminuição do tempo para atividades de lazer e recreação necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos profissionais, resultando em um processo de desgaste, que consequentemente influenciaria negativamente para a força do trabalho.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que os resultados exibidos por está pesquisa apresentam que a enfermagem tem evoluído de forma satisfatória quanto ao modo de melhoria de qualidade de vida, tendo assim um olhar preconizado a prevenção e promoção da saúde à enfermagem, implantando programas institucionais que apontem a qualidade de vida dos profissionais, obtendo melhoria na qualidade de vida e melhor qualificação na assistência prestada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4 ed.rev. e atual. Londrina - PR: Miodraf, 2006, 284 p.
- BATISTA, K.M.; BIANCH, E.R.F. **Estresse do enfermeiro em unidade de emergência**. Revista Latino-americana de Enfermagem, Manguinhos, RJ: v. 14, n. 4, p. 534-9, 2006. Acesso em: 27 set. 2016.
- LINCH, G.F.C. **Estresse de Enfermeiros em Unidade de Hemodinâmica / orientação por Prof^a. Dr^a. Laura de Azevedo Guido**. – Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2010. 111 f. Acesso em: 05 nov. 2016.
- LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7086.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

**PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE SOBRE O PROCESSO DE REFERÊNCIA DA PESSOA COM
DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA**

MARINA MIOTELLO¹; GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI²;
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN³; GIOVANA DORNELES CALLEGARO⁴;
CINTIA KOERICH⁴

1. Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). – marina.miotello@gmail.com
2. PhD, Professor Adjunto, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – gabimrc@gmail.com
3. PhD, Professor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – alacoque.erdmann@ufsc.br
4. Doutoranda, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – gjo.enfermagem@gmail.com; cintiakoerich@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

2. INTRODUÇÃO

As doenças que afetam o aparelho circulatório apresentam expressivo impacto à morbimortalidade tanto no cenário nacional como internacional, provocando perda de qualidade de vida e importante repercussão econômica para as famílias e Estado (VIEIRA *et al.*, 2016). Neste contexto, estudos vêm sendo desenvolvidos a fim de ampliar o acompanhamento de qualidade, resolutividade e oferecer maior segurança durante a assistência ao paciente com Doença Arterial Coronariana (DAC) no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) (OKSMAN *et al.*, 2017). Neste ambiente, o enfermeiro se torna o primeiro profissional que o paciente interage ao adentrar na unidade, apresentando escuta qualificada e acolhimento como elementos-chave para maior aproximação e construção de vínculo com o indivíduo. Assim, o estudo tem por objetivo compreender, a partir da vivência do enfermeiro, o processo de referência de pessoas com DAC a partir da APS para outros serviços, bem como o seu acompanhamento em saúde neste cenário.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou Análise Temática para processamento dos dados, visando extrair significados a partir de palavras, frases ou incidentes, atribuídos por uma pessoa ou coletividade a determinado assunto ou fenômeno (TAQUETTE; MINAYO, 2016). O cenário do estudo foram Unidades Básicas de Saúde de um município da região Sul do Brasil e seus dados coletados no período de janeiro a abril de 2016. Os participantes foram selecionados intencionalmente utilizando a lógica de *snowball* para identificar informantes comunicativos e envolvidos com a linha de cuidado

cardiovascular, culminando na participação de 16 enfermeiros. Para coleta dos dados, utilizou-se de entrevista semi-estruturada individual e a questão norteadora: Como você, enfermeiro da APS, vivencia e contribui para o processo de o acompanhamento em saúde e referência de pessoas com DAC para outros serviços? A coleta e análise de dados ocorreram de forma simultânea, operacionalizada em três etapas: A primeira etapa, Pré-análise, caracteriza-se como o momento de aproximação e organização do material e a formulação de hipóteses e objetivos. As entrevistas foram transcritas integralmente gerando dados brutos. A segunda etapa, Exploração do Material, contemplou a classificação dos dados, para compreender essencialmente a entrevista e criar códigos analíticos. Na terceira etapa, ocorreu tratamento e interpretação dos resultados obtidos emergindo as categorias principais (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi identificada uma principal categoria intitulada de “Desafios para os enfermeiros na consolidação do cuidado longitudinal à pessoa com DAC” a qual emergiu duas subcategorias. A primeira, “Ações do enfermeiro no acompanhamento das pessoas com DAC na APS”, refere-se a atuação do enfermeiro na supervisão e controle dos pacientes que estão em lista de espera para exames e consultas com especialistas. Visando manter o monitoramento constante, a interface com com ações educativas caracterizam-se como estratégias de prevenção à essas doenças, com foco na redução dos fatores de risco e reincidência de problemas cardíacos (FASSARELLA; PINTO; ALVES, 2013). Já na segunda subcategoria, “Fatores que influenciam o acompanhamento da pessoa com DAC” repercutiu a falta de comunicação entre os serviços de atenção à saúde, sendo um dos principais entraves para efetivação da referência, contrarreferência e acompanhamento de saúde do paciente com cardiopatia. Não existe compartilhamento de informações clínicas entre a APS e a alta complexidade, visto que não há integração dos sistemas de informação, resultando no desconhecimento dos profissionais da APS acerca do paciente após seu encaminhamento. Um estudo evidenciou aspectos positivos ao disponibilizar o prontuário eletrônico pelas redes do município, o que resultou em agilidade nas etapas de registro e ampliou o acesso as informações de saúde ao paciente, qualificando a equipe da ESF oferecendo um cuidado integral e otimizado ao usuário (BOUSQUAT et al, 2017).

4. CONCLUSÕES

Ressalta-se que o acompanhamento efetivo com base no monitoramento, acolhimento e encaminhamento do paciente pelos diferentes níveis de complexidade podem contribuir para a continuidade e longitudinalidade do cuidado ao paciente com DAC. Sugere-se a realização de novos estudos sobre o presente tema em outros cenários de cuidado, incluindo a visão da equipe de enfermagem e de outros profissionais de saúde a fim de obter maior subsídio para implementação de melhores práticas na linha cuidado ao paciente com DAC.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2017.
- FASSARELLA, C.S.; PINTO, V.A.E.; ALVES, A.S. O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR NA REABILITAÇÃO CARDÍACA DENTRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Rede de Cuidado em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.1-8, jan. 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/1903/903>>. Acesso em: 29 jun. 2017.
- OKSMAN, E. et al. Cost-effectiveness analysis for a tele-based health coaching program for chronic disease in primary care. **Bmc Health Services Research**, v. 17, n. 1, 15 fev. 2017. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2088-4>>. Acesso em: 23 ago. 2017.
- TAQUETTE, S.R.; MINAYO, M.C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.417-434, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200417&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 ago. 2017.
- VIEIRA, E.C. et al. OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO ESTADO DA BAHIA. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 2, p.115-123, 14 jun. 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/920/607>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

**LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
SEGURO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

MANUELLA ORSI¹; GIULIANA CALDERINI ARUTO², GABRIELA
MARCELLINO DE MELO LANZONI³; BETINA HÖRNER SCHLINDWEIN
MEIRELLES⁴;

1. *Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – maanuorsi@gmail.com*
2. *Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – giuliana.bj@gmail.com*
3. *PhD, Professor, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – Gabriela.lanzoni@ufsc.br*
4. *PhD, Professor, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. – betina.hsm@ufsc.br*

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são atualmente a principal causa de morte no mundo e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram vítimas dessas doenças(1). Já no Brasil é estimado em 28% de todas as mortes registradas, sendo a principal causa de mortes em 2015(2). Considerando que o enfermeiro e a equipe de enfermagem são os elementos chave no processo de evitar erros e impedir decisões ruins, o papel de liderança assumido pelo enfermeiro para promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente(3) e, ainda, que a enfermagem se constitui no maior contingente de profissionais que presta cuidado direto à pessoa com doença cardiovascular, este estudo teve como objetivo descrever as relações entre liderança do enfermeiro e segurança do paciente na prevenção de eventos adversos e promoção do cuidado seguro em uma instituição especializada em cardiologia no Sul do Brasil.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que utilizou Análise de Conteúdo, segundo Laurence Bardin para análise dos dados. Foi desenvolvido em três unidades de internação de hospital especializado em cardiologia no Sul do Brasil, a instituição é de médio porte, consta com 55 leitos de internação clínica e cirúrgica e conta com o sistema TASY®, o qual é um software de gestão em saúde que permite o gerenciamento das atividades assistenciais, além do uso da prescrição informatizada e do prontuário eletrônico do paciente.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas compostas por questões norteadoras sobre segurança do paciente e a liderança do enfermeiro para garantir o cuidado seguro às pessoas com doenças cardiovasculares. Os participantes foram entrevistados entre agosto e outubro de 2015, em um único encontro, sendo as entrevistas áudio gravadas em meio digital e os registros transcritos na íntegra.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das características sociodemográficas dos participantes revelou que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (78,6%) e a idade dos profissionais variou entre 23 e 37 anos, evidenciando a predominância de adultos jovens. Quanto à formação profissional, representaram um perfil de profissionais com tempo de formação na área recente, já que a maioria (71,4%) possui até 5 anos de formado. Com relação à pós-graduação, 57% dos enfermeiros possui especialização.

Em relação aos eventos adversos, eles relataram presenciar nas unidades: erro de medicação, queda, flebite, lesão por pressão, broncoaspiração e tração de sonda nasoesférica/drenos. Somente um enfermeiro referiu não ter presenciado evento adverso.

Os códigos apreendidos nos discursos dos enfermeiros entrevistados foram distribuídos em 2 categorias temáticas.

A categoria Segurança do paciente na visão do enfermeiro foi sustentada por quatro subcategorias (“Conceituando segurança do paciente e os eventos adversos”; “Conhecendo os eventos adversos e a importância da notificação”; “Repercussão dos eventos adversos para o enfermeiro e equipe de enfermagem”; “Presença da equipe multidisciplinar na segurança do paciente”) que buscam apresentar os conceitos e as principais características da Instituição no que tange à segurança do paciente e aos eventos adversos.

A categoria Liderança do enfermeiro para o cuidado seguro se sustenta nas duas subcategorias: “Habilidades de liderança” e “Ações de liderança” com ênfase na qualidade e segurança do paciente. Verifica-se que a liderança do enfermeiro é essencial para garantir um cuidado seguro, já que o enfermeiro se constitui como referência na equipe para resolução das dúvidas e tomadas de decisões, por supervisionar de forma contínua o ambiente e a sua equipe, além de orientar os pacientes e acompanhantes, incluindo-os como participantes do cuidado.

As falhas de segurança ocorrem quando o paciente sofre algum dano durante o seu tratamento ou durante o cuidado realizado, que é considerado pelos enfermeiros do estudo como um evento adverso, que são: falta de atenção, excesso de trabalho, falta de capacitação, dimensionamento inadequado da equipe, materiais insuficientes e, até mesmo, eventos ocasionados pelo próprio paciente, como tração de sonda nasoesférica ou drenos.

O enfermeiro, para garantir um cuidado com segurança e qualidade, precisa ter habilidades de comunicação, utilizando-o como estratégia de motivação e de troca de experiências(4); e a liderança, como responsabilizar-se pelo cuidado prestado, tanto por ele quanto pela equipe; conhecer seus pacientes, as suas limitações e as necessidades de cuidado; ter conhecimento técnico científico, pois através da qualificação o enfermeiro se torna referência na equipe para resolução das dúvidas e tomadas de decisões(5). Além disso, é o responsável pela gestão do cuidado por meio da supervisão da equipe, do controle dos recursos materiais da unidade, do levantamento das necessidades de treinamento e capacitação da equipe, no planejamento do cuidado individualizado ao paciente. Este planejamento, também está presente na liderança dos enfermeiros, através da SAE. Esta estabeleceu meios de organizar a assistência proporcionada pela enfermagem, orientando e

padronizando práticas. Desta forma, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção da segurança do paciente e na prevenção de eventos adversos, além de manter um ambiente de trabalho baseado na comunicação, respeito e boa relação interpessoal – entre equipe de enfermagem, equipe multiprofissional, pacientes e acompanhantes.

4. CONCLUSÕES

A liderança do enfermeiro se faz necessária para assegurar a segurança do paciente com doença cardiovascular uma vez que articula o gerenciamento de pessoas e processos, e a identificação das necessidades de cuidado e os possíveis riscos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization. **The top 10 causes of death**. [Internet]. 2016. [citado 2017 abr 18]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Brasil. Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10**. [Internet]. 2015. [citado 2017 abr 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2013.

Lanzoni G.M.M., Magalhães A.L.P., Costa V.T., Erdmann A.L., Andrade S.R., Meirelles B.H.S. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Rev Eletronica Enferm**. 2015;17(2): 322-32.

Santos A.P.A., Camelo S.H.H., Santos F.C., Leal L.A., Silva B.R. Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(3):472-8.

SÍNDROME DE DOWN: PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SEXUALIDADE DO SEU FILHO

CLEBER CAVAGNOLI¹; DANIELA GRACZYK²; DANIELI COVALSKI³; JESSICA
MAYARA WOLFART⁴; CRHIS NETTO DE
BRUM⁵; SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁶

¹Universidade do Oeste de Santa Catarina 1- clebercavagnoli@outlook.com.br.

²Universidade do Oeste de Santa Catarina 2- danielagraczyk21@gmail.com.

³Universidade do Oeste de Santa Catarina 3- danieli.covalski@gmail.com.

⁴Universidade do Oeste de Santa Catarina 4- jessica_mayarawolfart@hotmail.com.

⁵Universidade Federal da Fronteira Sul 5- crhis.brum@uffs.edu.br.

⁶Universidade do Oeste de Santa Catarina 6- samuel.zuge@unoesc.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Down (SD) constitui-se uma das causas mais frequentes de deficiência mental. Define-se por uma condição genética causada pela presença extra de um cromossomo 21. Esta doença está associada a dificuldades de habilidade cognitiva e desenvolvimento físico, caracterizada por um grau de atraso no desenvolvimento mental variável (MOREIRA, GUSMÃO, 2002).

A opinião e percepção dos pais ocasiona um conflito quando o assunto se relaciona aos cuidados com o filho que vive com SD. Vislumbra-se que um adolescente com SD pode agir e se relacionar como qualquer outra, evidenciando que não é deficiência propriamente dita que irá diferenciá-lo e sim a relação que a família estabelece com ele (SILVA; DESSEN, 2003).

Em relação à sexualidade da pessoa que tem SD, a família desempenha um papel fundamental e precioso, sendo responsável por estruturar as relações sociais e o vínculo do portador com o mundo no qual vive. A família é quem influenciará no comportamento sexual da pessoa que vive com SD, cercandose pela abordagem no momento da puberdade a assuntos educacionais frente à sexualidade, fase essa na qual as modificações em todo o contexto biopsicossocial se intensificam. Dando liberdade ao jovem de expressar seus desejos e suas emoções, por meio de conceitos e atitudes vistos pelo núcleo familiar, permitindo o desenvolvimento psicosssexual do adolescente (MOREIRA; GUSMÃO, 2002).

Diante disso, justifica-se este estudo, pois a maturação sexual e a puberdade das pessoas que vivem com SD se desenvolvem semelhantemente aos indivíduos que não tem a síndrome. Destaca-se, assim, que o interesse, o desejo de namorar, curiosidade a assuntos relacionados, de aproximação com o sexo oposto, preocupação e maior exigência com aparência, apareçam momentaneamente em épocas próximas a dos demais adolescentes. Exigindo dos pais, assim como dos profissionais da saúde e da educação a atenção para o fato de que não se pode negar a sexualidade para esses indivíduos e sim criar medidas educativas que de fato visem a sua integração à sociedade (MOREIRA; GUSMÃO, 2002).

Assim, tem-se como **pergunta de pesquisa**: como os pais das pessoas com Síndrome de Down percebem a temática sexualidade nos seus filhos? E

objetivou-se com este estudo compreender a percepção dos pais das pessoas com SD sobre a temática sexualidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de cunho qualitativo. Os participantes do estudo foram pais (pai ou mãe) ou cuidador familiar (aquele que transfere para si a tarefa de realizar as atividades de vida diárias para o doente, uma vez que este não tem a possibilidade de desenvolver tais ações) de pessoas com diagnóstico de SD que frequentam a Associação de Pai e Amigos Excepcionais (APAE), do município de Iporã do Oeste/SC e do município de São João do Oeste/SC. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2016. O projeto recebeu aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina – Campus São Miguel do Oeste, CAAE: 57539416.1.0000.5367. Os dados foram analisados em conformidade com a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados um total de sete pais.

A partir da análise de conteúdo proposta por Bardin, foi possível identificar a Classe Temática: Percepção dos pais sobre sexualidade e adolescência das pessoas com Síndrome de Down. Dentro da Classe Temática foi apontada a categoria **“Percepção dos pais sobre o seu filho com Síndrome de Down adolescendo”**:

Os pais de crianças com Síndrome de Down descrevem a adolescência como uma fase, que termina na criança, passando como se fosse um ciclo, para a fase da adolescência, o que é representado por uma mudança em sua forma de viver. Porém, os pais relatam que a adolescência em geral pode ser percebida como uma fase difícil, complicada e cheia de obstáculos a serem ultrapassados e que é uma fase de descoberta.

No entanto, segundo a subcategoria “as fases da adolescência no Síndrome de Down é um processo diferente” os pais percebem a adolescência de uma forma diferente, pois geralmente, em uma criança/adolescente/jovem com Síndrome de Down, estas concepções não mudam tanto. Os pais relatam que não existem limites/ciclos no Síndrome de Down. Estes ciclos estão interligados, uma hora o Síndrome de Down apresenta-se como criança, hora como adolescente, hora como adulto, sem a imposição de um marco temporal determinante, ou por meio de uma fase definida por uma faixa-etária.

Ele tinha mais de 20 anos e ainda não tinha percebido que era jovem [...]. Só começou a ver que era jovem, por que ele percebeu que podia ir aos bailes, que podia arrumar uma namorada. (P3).

A adolescência no SD só desperta um pouco mais tarde, e também continua por mais tempo. Que em certas ocasiões ela hoje ainda é uma criança, e enquanto que em outras, ela é bem adulta. (P4).

4. CONCLUSÕES

Através da pesquisa conclui-se a importância da inclusão e acompanhamento familiar no desenvolver da vida dos adolescentes portadores de Síndrome de Down. Após aplicadas as pesquisas conseguimos identificar algumas diferenças de pensamentos e ideais, mas a maior parte teve semelhanças em suas respostas. Evidenciando que os pais entendem que seus filhos necessitam ter cuidados especiais, mas somente por isso não os tornam menos capazes de amar, sentir ou ainda de serem intocáveis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Atualizada 70. 2010.

MOREIRA, L.M.A; Gusmão, F.A.F. **Aspectos genéticos e sociais da sexualidade em pessoas com síndrome de Down**. Rev Bras Psiquiatria. v.24 n.2. pg.94-9. 2002.

SILVA, N.L.P; DESSEN, M.A. **Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares**. Psicol. Reflex. Crit. [online], v.16, n.3, p. 503-514, 2003.

**INFERTILIDADE CONJUGAL: PROBLEMA DE SAÚDE E POSSÍVEIS
MANEJOS AO CASAL**

MATHEUS LUIZ BRASIL¹; AGNES LEANA DOS SANTOS QUINES²; BRUNA BRITTO PEREIRA³; ISADORA ROMAN DA SILVA⁴; IVANETE DA SILVA SANTIAGO STREFLING⁵; MILENA MOREIRA FERREIRA⁶.

¹Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – math.brasil@live.com

²Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – agnesquines@gmail.com

³Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – brunabritto94@hotmail.com

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – isa-roman@hotmail.com

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente no curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – ivanete25@gmail.com

⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente no curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – milenaferreira@urcamp.edu.br

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A infertilidade vem sendo considerada um problema significativo para a saúde pública, no mundo, pois atinge cerca de 80 milhões de pessoas que se encontram em idade reprodutiva. A infertilidade é caracterizada pela incapacidade de conceber um filho ou de manter uma gravidez até o seu final, após o casal ter efetuado um ano ou mais de relacionamento sexual frequente sem o uso de métodos contraceptivos (ALEXANDRE, 2014). Este problema é identificado como primário, quando engloba os casais que não conseguem, nem nunca conseguiram conceber uma gravidez e secundário, quando se refere a casais que após gerarem um ou mais filhos passaram a enfrentar problemas em relação à fertilidade (ALEXANDRE, 2014).

Trata-se de um problema reprodutivo que pode estar associada a vários fatores, acometendo tanto o homem (40%) como a mulher (40%). Em apenas 20% dos casos os fatores são tanto masculinos como femininos, desses 10% são associados a problemas com causas idiopáticas. Ainda, os fatores que causam a infertilidade estão fortemente associados a problemas físicos, financeiros, psicológicos e sociais (ALEXANDRE, 2014).

2. METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho é identificar possíveis problemas que a infertilidade pode apresentar para o casal, bem como relacionar os caminhos que podem ser adotados para amenizar ou anular tais problemas. Para responder o objetivo deste estudo foi realizado uma revisão teórica da literatura disponível nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico no mês de junho de 2017. Para a seleção dos estudos disponíveis utilizaram-se os seguintes descritores (em Português): Infertilidade Conjugal, Reprodução Assistida, Parentabilidade e Enfermagem. Foram pesquisados artigos que estivessem publicados em texto integral, no período compreendido entre 2010 e 2016, e que dessem resposta ao objetivo. A partir da equação de pesquisa, obtiveram-se 7 artigos. Após a leitura do título, 2 repetiram-se em suas ideias e

1 não era relevante para o objetivo do presente estudo. Assim, apenas foram selecionados 4 artigos para análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos apontaram que de modo geral a infertilidade está acometendo muitos casais e isso atrapalha a convivência dos mesmos, uma vez que tal situação gera um desconforto e que já existem muitos avanços que podem ser notados referente a essa questão, uma vez que temos a Procriação Medicamente Assistida (PMA), onde os fatores resultantes da infertilidade são anulados ou amenizados. (SOUZA, 2010). No ato da criopreservação os pacientes precisam expressar à vontade por escrito referente ao destino que será dado aos embriões criopreservados, seja em caso de divórcio, doenças graves ou morte de algum deles ou de ambos, e também deixar claro quando pretendem doá-los. (Resolução CFM 2.013, 2013).

A vontade de trazer um filho ao mundo é um sentimento primitivo e quase que inevitável, essa questão está severamente ligada à realização pessoal de constituir uma família, ser por algum motivo impedido de exercer tal ação é completamente destruidor e representa uma falha significativa em atingir o destino biológico, mas hoje, conseguimos driblar esses percalços e de alguma forma alcançar a parentabilidade (GOMES, 2009). Alguns casais conseguem com mais facilidade, outros precisam tentar por mais tempo, o importante é que de uma forma ou de outra cada vez mais casais estão conseguindo deixar a infertilidade de lado e trazer um filho ao mundo, fruto de nosso avanço muito significativo na ciência e também, uma ajuda muito grande da nossa tecnologia. Os avanços que hoje vemos são sim muito significativos, mas ainda não é nada perto dos que veremos daqui a alguns anos, a ciência está cada vez avançando mais e facilitando a vida dos que com esse problema sofrem (BADALOTTI, 2010). A reprodução assistida, é sem dúvidas um processo gerador de vida, e o filho ser gerado por meio dela não diminui a importância de se ter um filho, mesmo que ainda possamos encontrar resistência de vários casais referente ao tema, esse tabu vem sendo derrubado e logo chegará o dia em que, ninguém mais terá o pé atrás com esses meios de reprodução (PEREIRA, 2016).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a infertilidade conjugal ainda é muito comum, mas que com o passar do tempo técnicas vem sendo criadas ou melhoradas para ameniza-la ou até mesmo anula-la. Tais técnicas livram o casal do sentimento de incapacidade, uma vez que não conseguir gerar um filho ou concebê-lo é um fato definidor para o ser humano se sentir impotente. Com o passar o tempo novas técnicas irão surgindo e talvez a cura total para essa condição, já que estudos estão sendo feitos em cima deste problema. Vale ressaltar que não importa de maneira alguma a forma a qual o filho foi concebido, o importante é concebê-lo e cria-lo com afeto, o casal de forma alguma deve se sentir menos pai ou mãe frente a um filho que foi concebido a partir de uma técnica de fertilização. Tais pontos são tratados durante o início do tratamento, para que problemas psicológicos não surjam com o passar dos anos e tal decisão não afete futuramente a vida conjugal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, B. et al. Da infertilidade à parentalidade: Respostas emocionais dos casais e o envolvimento do enfermeiro no processo de transição. **Scientia**, 2014.

BADALOTTI, M. Aspectos bioéticos da reprodução assistida no tratamento da infertilidade conjugal. **Revista da AMRIGS**, v. 54, n. 4, p. 478-485, 2010.

GOMES, A. Satisfação conjugal em casais candidatos à adoção: Caracterização em função do gênero e do motivo para adoptar (infertilidade/não--infertilidade) [online] Dissertação de Mestrado em Psicologia [tese não publicada]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação;2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2152>

PEREIRA, K.K.P.C.S. et al. AS PRINCIPAIS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO**, v. 2, n. 1, p. 26-37, 2016.

**A CRISE PSÍQUICA NO DISCURSO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
UM ACONTECIMENTO DE SABER, PODER E SUBJETIVAÇÃO**

JANAINA QUINZEN WILLRICH¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI²; ANA
PAULA MÜLLER DE ANDRADE³

¹Universidade Federal de Pelotas – janainaqwill@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

³ – Unicentro – Universidade Estadual do Centro Oeste/PR - psicopaulla@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) configura-se como um novo paradigma de atenção em saúde mental, no qual o cuidado ao sofrimento psíquico implica a necessidade de práticas e posturas permeadas pelo respeito, ética e responsabilidade. A configuração de tais práticas orienta-se com base em fundamentos epistemológicos que rompem com o paradigma hospitalocêntrico asilar, atribuindo novo sentido social para a loucura. O enfoque nas situações de crise psíquica não significa que se considere a atenção a essas situações desvinculada da multidimensionalidade e complexidade da prática terapêutica ou que se proponha que a crise seja o eixo central na organização assistencial e do serviço (NICÁCIO; CAMPOS, 2004), mas por considerar a atenção à crise um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007), pois existe, em nossa sociedade, uma cultura do manicômio, discursos construídos pela psiquiatria que reverberam como verdades e fazem com que este ainda seja reconhecido socialmente como espaço privilegiado da atenção à crise.

Portanto, objetiva-se “Analisar criticamente as materialidades discursivas da atenção à crise no discurso da atenção psicossocial” e defende-se a tese que a atenção à crise psíquica pautada no discurso Psicossocial, embora busque se afastar de uma lógica manicomial, se apropria do corpo e da vida produzindo o governo de uma população a partir de saberes e estratégias potentes para a produção de subjetividades e outros modos de vida para os indivíduos em crise na contemporaneidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, com o apoio teórico de Michel Foucault, em seus conceitos de discurso, saber, poder e subjetivação. Utilizou-se o banco de dados da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, que teve duas edições uma realizada em 2006 e outra em 2011. Foram utilizados dados do estudo qualitativo coletados em Alegrete, sendo 27 entrevistas com os trabalhadores e 390 horas de observação na primeira edição (2006) e 21 entrevistas e 300 horas de observação na segunda (2011).

Além disso, retornou-se ao campo para nova coleta, em 2014, sendo realizadas 28 entrevistas e 53 horas de observação. Além das entrevistas semiestruturadas e diários de campos que registraram a observação

participante, realizou-se análise documental dos livros atas das reuniões de equipe realizadas no período de 1989-2014. A análise dos dados utilizou ferramentas teórico-investigativas propostas por Foucault para análise do Discurso de inspiração genealógica e dividiu-se em quatro capítulos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente realizou-se uma análise histórica do serviço de saúde mental de Alegrete, apontando a existência de algumas marcas que o tornaram referência no discurso psicossocial, que são: o envolvimento dos profissionais do serviço com o movimento de Reforma Psiquiátrica, que ocorreu a partir da participação e organização de eventos, visita a outros serviços, formação em Saúde Mental Coletiva e participação no controle social; o envolvimento dos profissionais com a comunidade, a partir de estratégias de entrevistas nos meios de comunicação, pedágio informativo e a organização da Parada Gaúcha do Orgulho Louco; o desenvolvimento de um trabalho em rede, tecido pelo serviço de saúde mental com os serviços de saúde e educação, em especial com o Hospital Geral, CAPS ad, CAPSi e residência terapêutica.

No segundo capítulo, analisou-se o saber sobre crise no discurso da atenção psicossocial, identificando as formas de nomear a crise, que por vezes se aproxima do discurso psiquiátrico, centrando-se na descrição do diagnóstico, sintomas e comportamento, e outras se distancia, o que denota a construção de outros saberes pelo discurso da atenção psicossocial. Em relação as concepções de crise, ficou evidente que houve uma mudança ao longo do tempo, desvinculando a crise das questões de agressividade e risco e situando-a como uma experiência subjetiva que precisa ser ouvida e colocada no contexto de vida dos sujeitos. E por se entender que o saber constituído na Atenção Psicossocial é interdisciplinar e dialoga com saberes de outros setores discutiu-se essa questão sob a ótica da interdisciplinaridade, apontando fragilidade na articulação dos saberes demonstrada pela organização do trabalho de forma multidisciplinar; e como organização intersetorial, demonstrando as relações fortes do serviço de saúde mental com outros setores, como a educação e judiciário, estabelecendo parcerias que contribuem positivamente para a organização da atenção à crise, especialmente em relação às internações compulsórias.

A seguir, foram abordadas as estratégias biopolíticas de governo na/da crise: a medicalização e a internação; o acolhimento da crise no serviço e nos espaços da comunidade; a prevenção da crise psíquica; o envolvimento da família no cuidado; a atenção domiciliar, realizada a partir da visita/acompanhamento e internação domiciliar; e a produção de autonomia, a partir de um fazer centrado nas necessidades apresentadas pelos sujeitos em crise.

Por fim, foram abordados os modos de subjetivação dos sujeitos em crise na atenção psicossocial. Para tanto, discutiu-se as posições de sujeito construídas a partir desse discurso que coloca o sujeito em crise como um não sujeito, um sujeito incapaz, um sujeito perigoso, um sujeito militante e agente político da Reforma psiquiátrica e, por fim, um sujeito que inserido no jogo das liberdades tem a possibilidade de expressar sua singularidade e produzir resistências. Discute-se também o vínculo como tecnologia de relação que produz modos de subjetivação tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a atenção à crise psíquica está produzindo outra relação trabalhador-usuário, na tentativa não de negar ou anular as relações de saber/poder, mas de posicionar-se nessas relações, buscando diminuir a dominação a partir da garantia do exercício da liberdade, permitindo uma convivência que ressignifique a experiência da loucura e possibilite uma mudança cultural. Quanto aos modos de subjetivação dos sujeitos em crise percebeu-se que as posições de sujeito construídas pelo discurso psicossocial estão produzindo subjetividades e novos modos de vida, colocando aqueles que sofrem psiquicamente como agentes políticos e militantes do movimento de luta antimanicomial.

Além disto, evidenciou-se que o vínculo construído entre trabalhador-usuário vai ao encontro das necessidades da sociedade de controle, que produz formas de conduzir a conduta dentro de parâmetros aceitáveis, pois é uma forma de estímulo para que os sujeitos em crise realizem o tratamento e se conduzam, respeitando os deveres exigidos pela organização social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.D.C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007. 117p.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P (org.), Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 12-25, maio/ago. 2003.

FOUCAULT, M. **Ditos e escrito. Ética, estratégia, poder-saber**. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 4v.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 22º ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2012a.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

NICÁCIO, M.F.; CAMPOS, G.W. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de praticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v.15, n.2, p.71-81, 2004.

**PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL COMO FERRAMENTA
NA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

DÉBORA EDUARDA DUARTE DO AMARAL¹; ROSANI MANFRIN MUNIZ²;
ALINE DA COSTA VIEGAS³; DANIELA HABEKOST CARDOSO⁴; MICHELE
CRISTIENE NACHTIGALL BARBOZA⁵; LUIZ GUILHERME LINDEMANN⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – deboraamaralp@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – romaniz@terra.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – alinecviegas@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – danielahabekost@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – michelenachtigall@yahoo.com.br

⁶Universidade Federal de Pelotas – luquilindemann@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) constitui numa proposta desenvolvida pelas pesquisadoras Paim e Trentini, que verificaram que existe distância entre a investigação e a prática assistencial, assim a criação desse método tem como intenção unir a pesquisa à prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 1999; TRENTINI; PAIM, 2014; PAIM et al., 2008).

Este tipo de método é orientado no compromisso do pesquisador investigar e operar a prática assistencial em saúde, por meio das perspectivas dos profissionais e/ ou usuários envolvidos na pesquisa, visando articular a prática profissional com o conhecimento, no qual o pesquisador é capaz de construir temas de pesquisa a partir das necessidades observadas. A PCA caracteriza-se como uma abordagem qualitativa, pois envolve variáveis subjetivas, ainda possui como objetivo indicar ações para o cuidado de saúde, articulando as pessoas envolvidas no contexto pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2014).

Diante do exposto, o trabalho possui como objetivo relatar a experiência da utilização da PCA na promoção da resiliência em pessoas com câncer avançado em cuidados paliativos no ambiente domiciliar.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência oriundo da dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, no ano de 2015, cujo o método utilizado foi a PCA para promoção da resiliência de pessoas com câncer avançado em cuidados paliativos atendidas no domicílio.

A coleta de dados da dissertação foi realizada no município de Pelotas, no domicílio de cinco pessoas com câncer avançado, internadas em um programa de internação domiciliar. O período de realização do estudo foi de março a agosto de 2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da PCA, a pesquisa foi desenvolvida em quatro passos, o primeiro constituiu-se de uma visita domiciliar com coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada, na qual os dados foram gravados e, após, transcritos na íntegra, com foco no levantamento dos fatores de risco e proteção para resiliência.

Os fatores de risco para resiliência são eventos que podem aumentar as possibilidades das pessoas apresentarem problemas físicos, psicológicos e sociais, estes são ocasionados por diversas situações, como: rupturas no seio familiar, perdas, experiências da doença crônica, problemas relacionados a situação financeira e entre outras situações que geram algum impacto na vida das pessoas. Já os fatores de proteção podem alterar ou melhorar as respostas aos fatores de risco, favorecendo a resiliência (CARVALHO et al., 2007; YUNES, 2001; NORONHA et al., 2009).

Desta forma, os principais fatores de risco presentes na vida dos participantes do estudo foram: mudanças na rotina diária, com diminuição de atividades de lazer e outras tarefas; sintomas da doença como: dor, constipação, náuseas e vômitos; limitações físicas (mobilidade de membros superiores e inferiores diminuídos) e interação social diminuída.

Já os fatores protetores identificados na pesquisa foram: as redes apoio (família, amigos, vizinhos e equipe de saúde multidisciplinar), a fé, a religiosidade, os cuidados paliativos, a autonomia e o autocuidado.

Posteriormente a coleta e o levantamento dos fatores de risco e proteção, realizou-se o segundo passo da pesquisa, que foi agendamento de um novo encontro no domicílio dos participantes, para uma proposta de intervenção com estratégias elaboradas junto com cada um. Neste encontro, foi apresentado os fatores de risco e proteção para resiliência e foi construída uma proposta de intervenção voltada a necessidade de cada um.

Então, a partir da identificação dos fatores, construíram-se estratégias de intervenção para promoção da resiliência, assim, dos cinco participantes do estudo apenas um não necessitou de intervenção, pois o mesmo não apresentou fatores de risco durante o período da coleta de dados.

O terceiro passo, foi a implementação de estratégias que auxiliaram no processo de resiliência nos participantes da pesquisa. O plano de estratégias de intervenções foi construído com cada participante de acordo com os fatores de risco presentes, e as estratégias de intervenções presentes no estudo foram: desenvolvimento de material informativo com orientações e cuidados, o incentivo ao desenvolvimento de um diário da vida pessoal, o incentivo a manter as atividades de lazer, a orientação a uma das participantes e família quanto ao horário de medicações e via de administração e ajuda no desenvolvimento de trabalho manual, realizando pinturas e criação de desenhos em vasos de plantas e caixinhas de madeiras.

O último passo da pesquisa consistiu em um retorno no domicílio dos participantes para acompanhamento dos resultados alcançados, neste encontro, a partir das estratégias de intervenções realizadas, identificou-se o favorecimento da resiliência, pois as mesmas permitiram interação social, comunicação, a realização novas atividades, o resgate de habilidades e a diminuição de alguns sintomas da doença.

4. CONCLUSÕES

Com a realização da PCA foi possível, a identificação e implementação de estratégias de intervenção para promoção da resiliência em pessoas com câncer avançado, tais estratégias tiveram como foco a minimização ou a eliminação dos fatores de risco e o fortalecimento dos fatores de proteção. Esse tipo de metodologia possibilitou unir a literatura com a prática de forma a proporcionar o alcance do objetivo.

A abordagem metodológica de PCA aproximou a pesquisadora dos participantes e proporcionou verificar e superar as adversidades dos participantes no que tange aos fatores de risco para a baixa resiliência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, F. T.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.9, p.2023-2033, 2007.

PAIM, L; TRENTINI, M; MADUREIRA, V. F.; STAMM, M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.13, n.3, p.380-386, 2008.

NORONHA, M.G.R.S, et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n.2, p. 497-506, 2009.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem - uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC; 1999. p. 162.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 3ª ed. Florianópolis (SC): Insular, 2014.

YUNES, M. A. M. A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda. 2001. 166f. Tese (Doutorado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PRÁTICAS DE CUIDADO UTILIZADAS POR PESSOAS QUE CONVIVEM COM O CÂNCER

JANAÍNA DO COUTO MINUTO¹; CAROLINE VASCONCELOS LOPES ²;
SILVANA CEOLIN ³; CAMILA TIMM BONOW⁴; TEILA CEOLIN⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – E-mail: janainaminuto@hotmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – E-mail: carolinevaslopes@gmail.com

³Curso de Bacharelado em Enfermagem, Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM), –
E-mail: silvanaceolin@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – E-mail: camilatbonow@gmail.com

⁵Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas – E-mail: teila.ceolin@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública, que acomete pessoas de distintas idades, classes sociais e ambos sexos (INCA, 2016; WHO, 2005). O tratamento dos diversos tipos de cânceres é considerado um desafio, pois conforme a localização, a extensão e o tipo de câncer pode-se escolher uma forma de tratamento, ou uma combinação, dentre estas se sobressaem a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Todavia, se observa o aumento da procura por parte dos usuários de cuidados complementares para o câncer (OLIVEIRA; MACHADO; RODRIGUES, 2014).

Observa-se um aumento da procura de cuidados complementares para o câncer, por parte dos usuários. Geralmente o indivíduo busca por conta própria ou conta com ajuda de familiares, amigos ou vizinhos, outras formas de tratamento (OLIVEIRA; MACHADO; RODRIGUES, 2014).

As pessoas utilizam diversas práticas de cuidado à saúde. Essas práticas são ações que visam a promoção, melhoria e manutenção à saúde, como o uso de plantas medicinais, cuidados com a alimentação, grupos de autoajuda, religiosidade, espiritualidade, consulta com profissionais da saúde, entre outras. As práticas são utilizadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo, família ou grupo social, inseridas em diversos espaços e serviços de saúde (CEOLIN, 2016).

Pensando nisso, o objetivo desse estudo foi conhecer as práticas de cuidado realizadas por pessoas que convivem com o câncer, residentes no território de um bairro de Pelotas, RS.

2. METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo e exploratório (MINAYO, 2010), realizado no município de Pelotas/RS. A pesquisa foi desenvolvida com 11 pessoas que convivem com o câncer, residentes em um bairro de Pelotas, na área de abrangência de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram abordadas todas as pessoas residentes no bairro indicadas pelas Agentes

Comunitárias de Saúde (ACS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem – UFPel, sob o parecer nº 2.042.441. A coleta de dados se deu em maio de 2017, no domicílio dos participantes que foram identificados por nomes fictícios seguidos da idade. As entrevistas foram analisadas por meio da análise operativa de Minayo (2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 11 pessoas, tendo em comum o diagnóstico de câncer. Entre os participantes seis eram do sexo feminino, sendo que a maioria (oito) possuía mais de 60 anos. Os tipos de câncer de maior prevalência foram de trato gastrointestinal (quatro), pele (três) e mama (três). Dos 11 participantes, a maioria (nove) realizava tratamento convencional, ofertado pelos serviços de saúde do modelo biomédico, como: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, entre outras práticas de cuidado. Um dos participantes referiu realizar tratamento paliativo e aguardava judicialmente para receber medicação para tratamento do câncer. Outro participante optou por tratar a doença somente com homeopatia e fitoterapia, com uma pessoa do sistema informal de saúde.

Os entrevistados foram unânimes em afirmar que se consideram pessoas que cuidam da saúde. Sendo que esse cuidado ocorre de forma variada, com hábitos de vida como não beber e não fumar, cuidados com a alimentação, com os extremos de temperatura, como também o uso correto dos medicamentos prescritos e realização periódica de exames.

Para Araújo (2008), a manutenção de hábitos saudáveis durante toda a vida é fundamental para um envelhecimento saudável. Os cuidados com a alimentação, com o consumo de álcool e cigarro são fatores que contribuem para que o indivíduo tenha uma melhor qualidade de vida na velhice. Para as participantes do estudo de *Thum et al.* (2011), as práticas alimentares saudáveis, como a redução de ingestão de gordura e o consumo de frutas e verduras, servem como medida preventiva para reduzir os riscos de diversas doenças.

Outra prática de cuidado referida pelos participantes foi a utilização de 11 plantas medicinais, sendo que para sete as propriedades terapêuticas referidas estão de acordo com a literatura científica, com efeitos que auxiliam no tratamento de sintomas do câncer, evidenciando a relevância do conhecimento popular, o qual dialoga diretamente com o conhecimento científico.

No estudo de Oliveira, Machado e Rodrigues (2014), realizado com pessoas com câncer em uma unidade oncológica de Anápolis, identificou que 83% dos participantes faziam uso de algum tipo de planta medicinal, concomitante ao tratamento alopático.

A religiosidade e a espiritualidade também estão presentes. Observou-se a pluralidade de crenças e o quanto acreditar em Deus ou algo superior deu força aos entrevistados, *a gente se pega nele e aí é uma força a mais que a gente tem né; a fé ajudou bastante, primeiro Deus e depois os médicos; se não fosse Deus, não tem nem como comparar.*

Um estudo sobre cuidados paliativos no domicílio, realizado com nove enfermeiras de uma ESF de Minas Gerais constatou que os aspectos como religião, crenças e espiritualidade despontam como fatores que auxiliam a pessoa com câncer e a família enfrentar o processo da doença e a eminência de morte (BALIZA *et al.*, 2014).

4. CONCLUSÕES

Percebe-se que os participantes da pesquisa utilizam ao mesmo tempo diversas práticas de cuidado à saúde. Tanto as oferecidas no sistema formal de saúde, o biomédico, que por muitas vezes é a primeira escolha possivelmente pela gravidade da doença; quanto às práticas do sistema informal de saúde. Nessa perspectiva, a maioria dos participantes dessa pesquisa associa o tratamento alopático com plantas medicinais e práticas religiosas, formando um sistema de cuidado integral.

A partir disso, foi possível observar que as pessoas com câncer realizam diversas práticas de cuidado à saúde. Nesse sentido, é importante que o profissional da saúde, entre eles o enfermeiro, adquira conhecimentos sobre as diversas práticas de cuidado com o intuito de prestar um cuidado integral, valorizando os saberes populares.

Anseia-se que ocorra a aproximação entre o saber popular e científico como também dos usuários e profissionais da saúde, com o objetivo de estreitar os vínculos e que aconteça a troca de saberes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L. F. **Benefícios da atividade física segundo os idosos Hipertensos e diabéticos do programa de saúde da família**. 2008. 37f. Monografia (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Rondônia, Rondônia, 2008.

BALIZA, M. F.; BOUSSO, R. S.; SPINELI, V. M. C. D.; SILVA, L.; POLES, K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 13-18, 2014.

CEOLIN, T. **Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul**. 2016. 217f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016-2017**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 26p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

MINAYO, M. C. de. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

OLIVEIRA, L. A. R.; MACHADO, R. D.; RODRIGUES, A. J. L. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes

da Unidade Oncológica de Anápolis. **Revista brasileira de Plantas Medicinais**, v.16, n.1, p. 32-40, 2014.

THUM M. A.; CEOLIN T.; BORGES A. M.; HECK R. M. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 576-82, 2011.

WHO. World Health Organization. **Union International Against Cancer**: global action against cancer. Geneva: WHO; 2005. 24p.

TRABALHOS EIXO 2

CLIMATÉRIO: PERCEPÇÕES DAS MULHERES SOBRE O AUTOCUIDADO

ELIANA BUSS¹; RAQUEL CRISTINA SULZBACH²; RUTINÉIA JÉSSICA SCHUSTER³; SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI⁴; JUCIMAR FRIGO⁵

¹ Universidade Federal de Pelotas – busseliana@yahoo.com.br

² Prefeitura Municipal de Pinhalzinho – raquelcristina16@gmail.com

³ Rede Feminina de Combate ao Câncer Chapecó - rutyzinha_15@hotmail.com

⁴ Universidade do Estado de Santa Catarina - szanotelli@gmail.com

⁵ Universidade do Estado de Santa Catarina - jucifrigo@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida da mulher, compreendendo a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo. Geralmente inicia aos 40 anos indo até os 65 anos causando estranhamentos biológicos, psicológicos e sociais nas mulheres, necessitando de uma atenção personalizada que estimule o autocuidado e não apenas o incentivo à reposição hormonal (BRASIL, 2016).

Dorothea Orem, desenvolveu a Teoria do Autocuidado entre 1959 a 1985, fundamentada na ideia que o ser humano tem habilidades para desenvolver seu próprio cuidado. O autocuidado perpassa por fatores sociais, culturais, de conhecimento que precisam ser respeitados e considerados pelos profissionais de saúde a fim de contribuir para qualidade de vida e saúde (LEOPARDI, 2006).

Uma das maneiras de estimular o autocuidado está nas estratégias de educação em saúde e o Método Criativo Sensível (MSC) propõe o estabelecimento de diálogos baseados na escuta, na capacidade de aceitação do outro e na solidariedade que sustentará relações de cuidado e pesquisa. Nessa relação íntima de diálogo ressalta-se a importância da construção coletiva, advinda dos saberes adquiridos nas experiências pessoais resultando em novos saberes (CABRAL, 1998).

Esta pesquisa objetivou identificar as percepções das mulheres sobre a prática do autocuidado no climatério.

2. METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa. O MSC propicia, além da coleta de informações uma dinâmica sensível, reflexiva que associa-se à ciência, criatividade, arte e sensibilidade privilegiando a participação ativa dos sujeitos no aprimoramento do conhecimento coletivo, fortalecendo a relação e interação dialógico-dialética entre grupos ensejando sentimentos como afeto a partir de temas de interesse comum, encorajando a autonomia de considerar criticamente a realidade vivenciada transformando-a (CABRAL, 1998).

As participantes foram selecionadas com auxílio das agentes comunitárias de saúde em dois bairros da área urbana de Palmitos – SC e convidadas a participar de três oficinas sendo: 1ª “Os bons e os maus hábitos no climatério”; 2ª: “Dançando a música do autocuidado no climatério”; 3ª: “Conhecendo-me internamente”. Realizou-se um encontro em cada bairro, com

duração de quatro horas. Na abertura realizou-se uma dinâmica de apresentação sendo questionadas: Para você o que é o Climatério?

O projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, obtendo parecer favorável (protocolo n. 212). Para manter o anonimato das mulheres utilizou-se nomes de flores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 32 mulheres, entre 40 a 65 anos, predominando o ensino médio e o emprego formal.

O MSC possibilitou a integração entre as mulheres, a reflexão, incentivando diálogo sobre experiências, anseios, curiosidades e saberes do climatério. As mulheres desconheciam o significado da palavra climatério, em sua maioria fazendo alusão a menopausa.

A 1ª oficina: “Os bons e os maus hábitos no climatério”: as mulheres foram divididas em dois grupos, Pétala e Folha recebendo imagens demonstrando fumantes; bebidas alcoólicas; sedentarismo; estresse; atividades físicas; alimentação rica em fibras; ingestão hídrica; entre outras. Cada grupo confeccionou dois cartazes com as figuras revelando conhecimento sobre o que pode contribuir positiva e negativamente no climatério.

2ª oficina: “Dançando a música do autocuidado no climatério”, elas foram convidadas a formarem duplas e estimuladas a dançar. Distribuiu-se um balão, com duas perguntas simbolizando o climatério, enfatizando o autocuidado, a necessidade de sentir, vivenciar e superar esta fase. As perguntas referiam-se ao, autocuidado; realização do auto exame das mamas; mamografia; papanicolau; as modificações fisiológicas; hábitos saudáveis; sexualidade; lazer; cuidados e cultura. Ao final da dança estouraram os balões, na simbologia de superação respondendo as perguntas verificando-se respostas de encontro ao autocuidado no climatério.

A 3ª oficina: “Conhecendo-me internamente” consistiu na visualização do aparelho reprodutor feminino em tamanho ampliado. As pesquisadoras confeccionaram o útero, colo uterino, trompas de falópio, canal vaginal, utilizando TNT (tecido não tecido) vermelho e rosa, espuma, cartolina, papel pardo a fim de visualizar, conhecer e tirar dúvidas. Observou-se que as mulheres desconheciam o formato, coloração, localização dos órgãos, sentiam-se constrangidas em falar sobre sua sexualidade, vivenciando desconfortos preveníveis e tratáveis deste período pela falta de informação porém, reforçaram a importância do autocuidado no climatério.

Na dinâmica de fixação as mulheres explanaram seu aprendizado enfatizando que o viver saudável deve ocorrer em todas as etapas da vida. Manter o bom humor; evitar o rancor; alimentação saudável e atividade física; o sono; o trabalho; as amizades; conviver harmonicamente; manter o peso equilibrado; evitar vícios; ter suporte espiritual; participar de cursos; e, atividades sociais são fundamentais para o autocuidado no climatério.

4. CONCLUSÕES

Reafirma-se a necessidade de abordar a temática climatério, haja vista

que, as mulheres desconheciam o seu significado associando este período a menopausa também com conhecimento restrito.

As mulheres praticam o autocuidado, porém, não integralmente. Vivenciam o climatério em silêncio, restritas de informação e patologicamente por desconhecerem o seu corpo, sinais e sintomas do climatério.

O MCS possibilitou a troca de experiências, acesso a informações, encorajou a autovalorização fundamental à longevidade com saúde e dignidade.

Cabe aos profissionais de saúde acolher, ouvir e dialogar com as mulheres desenvolvendo assistência individualizada compreendendo as dificuldades vivenciadas para traçar medidas terapêuticas, educativas eficazes para o autocuidado, minimizando a medicalização do corpo considerando a cultura, a condição social e o estilo de vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

CABRAL, I. E. O método Criativo Sensível: uma alternativa de pesquisa em enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 1998. P. 177 – 203.

TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO PARA ADIÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS

MITIELI VIZCAYCHAPI DISCONZI¹; CÍNTIA NASI²; ANNIE JEANNINNE
BISSO LACCHINI³

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - mitielivd@gmail.com

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – nasi.cintia@gmail.com

³Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - annieufcspa@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A problemática do consumo de drogas no país vem crescendo, tendo em vista que muitos fatores relacionados a problemas sociais, psicológicos e biológicos podem desencadear o abuso das drogas e a dependência química. Geralmente, os sintomas da adição são bem parecidos, independentemente do tipo de substância que se utiliza, havendo uma variedade em relação ao estágio em que se encontra a dependência (BALLONE, 2010).

As substâncias psicoativas (SPAs) lícitas são aquelas legalizadas e aceitas por uma sociedade, como o cigarro e o álcool, porém o consumo excessivo dessas substâncias, mesmo sendo socialmente aceito, traz prejuízos à saúde e pode ser caracterizada como porta de entrada para o consumo de substâncias ilícitas, como, por exemplo, crack, maconha e heroína (BESSA, 2010). Quando a utilização dessas substâncias se dá de forma abusiva e repetitiva, sem que haja um controle do consumo, frequentemente instala-se a dependência química (CRAUSS; ABAID, 2012).

Nos últimos anos, observou-se um crescimento no cenário epidemiológico referente ao consumo de SPAs lícitas e ilícitas. O relatório de 2014 do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (UNODOC) estima que cerca de 230 milhões de pessoas, ou seja, 5,2% da população adulta mundial consumiu alguma droga ilícita, ao menos uma vez, no ano de 2010. São cerca de 27 milhões consumidores de SPAs, o que representa 0,6% da população adulta mundial. No ano de 2012, aproximadamente, 242 milhões de pessoas, cerca de 5,2 % da população mundial, entre 15 e 64 anos, fez uso de pelo menos uma substância psicoativa. A maconha foi a mais utilizada, seguidos por opióides, cocaína e sintéticos. As mortes relacionadas ao uso de SPAs foram estimadas em 182 mil no ano de 2012 (UNODOC, 2014).

As consequências sociais e econômicas do abuso e da adição ao álcool, tabaco e outras substâncias, associados a comorbidades psiquiátricas alcançaram tamanha magnitude que na última década se investiu, tanto na esfera pública quanto privada, na prevenção e no tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUS) (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Por isso, surge uma preocupação, cada vez maior, com a complexidade dos tratamentos necessários diante do fato da associação frequente com as comorbidades psiquiátricas.

Assim, busca-se responder a seguinte questão de pesquisa: qual a trajetória de tratamento para adição na rede de serviços de saúde de Porto Alegre percorrida por usuários do ambulatório e da internação do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA? O objetivo do estudo é analisar a

trajetória de tratamento para adição na rede de serviços de saúde de Porto Alegre, a partir dos usuários da unidade de internação e do ambulatório de adição do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória realizada na unidade de internação de adição e no ambulatório de adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA, localizado na cidade de Porto Alegre - RS. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20 usuários de SPAs, sendo oito em acompanhamento no ambulatório de Adição e 12 da Unidade de Adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA. Foi realizada Análise de Conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2010). O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa encontra-se em fase de desenvolvimento, sendo que os resultados estão sendo analisados e discutidos com o suporte da literatura científica. Até o momento identificou-se que os participantes constituíram-se em homens, a maioria solteiros ou divorciados, na faixa etária de 41 a 61 anos, em uso principalmente de álcool, tabaco, maconha e cocaína.

Com a análise preliminar identificou-se as primeiras experiências de uso de substâncias psicoativas, sendo que, para grande parte dos participantes essas iniciaram durante a infância ou adolescência por sugestão de familiares ou amigos. O uso também foi iniciado devido a curiosidade, para chamar atenção e em decorrência das amizades.

Os participantes relataram as suas motivações em procurar atendimento, sendo que essa ocorreu em decorrência de comorbidades, como depressão, ansiedade, ideação suicidada; pela preocupação com os familiares e devido a conflitos ocorridos na família e devido a questões clínicas ocasionadas pelo uso dos drogas, como sintomas de abstinência; e por uma busca pessoal para sentir-se mais autoconfiante.

Sobre a rede de serviços de saúde procurada anteriormente pelos usuários, essa constitui-se em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial, hospitais psiquiátricos, clínicas particulares, Unidades de Saúde da Atenção Básica, Emergências em Saúde mental e ambulatórios de dependência química. Os usuários também referiram que buscaram em outros locais, fora da rede de saúde, como Igrejas, Comunidades Terapêuticas e grupos de Alcoólicos Anônimos (AA).

Os usuários também apontaram sobre os tipos de tratamento desenvolvidos nos locais em que procuraram acolhimento, relatando como aspectos negativos a falta de grupos em alguns serviços, falta de atividades para serem desenvolvidas no serviço, falta de palestras e orientações. Os participantes também relataram aspectos positivos, como a sistemática desenvolvida nos grupos de AA e a presença de rotinas rígidas em alguns serviços.

Os usuários ainda apontaram dificuldades enfrentadas para realizar o tratamento nesses serviços e trouxeram sugestões de melhorias para esses dispositivos de saúde/cuidado.

4. CONCLUSÕES

Com as informações preliminares do estudo considera-se a importância de uma rede de serviços articulada para dar conta das complexidades do tratamento de substâncias psicoativas, dando-se voz aos protagonistas dos tratamento que são os usuários. Com os resultados do estudo será desenvolvida uma intervenção no serviço, com a finalidade de levar em consideração a trajetória percorrida pelos usuários e maneiras de facilitar a busca e continuidade do tratamento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLONE, G. J. **Dependência Química e outras doenças mentais**. Porto Alegre, 2010. Disponível em:
<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=326>>. Acesso em: 5 jul. 2015.

BESSA, M. A. Contribuição sobre a legalização de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15. n. 3, p. 632-636, 2010.

CRAUSS, R. M. G.; ABAID, J. L. W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 1, p. 62-72, 2012.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química - prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

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

UNITEC NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODOC). **World Drug Report 2014**. Disponível em:
<https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

**PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL: INTERVENÇÕES DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM TRABALHADORES RURAIS EXPOSTOS A
AGROTÓXICOS**

MORGANA PAPPEN¹; FRANCIELI ESTER MÜLLER²; GUILHERME
MOCELIN³; EMELIN PAPPEN⁵; EDNA LINHARES GARCIA⁵; SUZANE
BEATRIZ FRANTZ KRUG⁶.

¹Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – morganapappen@gmail.com

²Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – francieliester@hotmail.com

³Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – mocelinguilherme@gmail.com

⁴Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – emelinpappen@hotmail.com

⁵Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – edna@unisc.br

⁶Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – skrug@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Ações educativas, como orientações e desenvolvimento de atividades sobre assuntos relacionados aos riscos de saúde a que o trabalhador está exposto, são importantes para a conscientização dos agricultores para o cuidado de sua própria saúde no ambiente de trabalho (RIBEIRO, 2013). Dessa forma, os agricultores devem receber orientações sobre a utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), os riscos à saúde existentes devido à exposição aos agrotóxicos e a identificação dos principais sinais e sintomas de intoxicação, da mesma forma que devem conhecer as devidas condutas a serem tomadas nestes casos (ALMEIDA, 2011).

Por meio da presente pesquisa, os serviços relacionados à saúde do trabalhador do município pesquisado terão dados e informações que possibilitarão ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores rurais. O presente trabalho objetivou descrever e refletir acerca de uma prática assistencial-educativa, sistematizando o uso correto de EPIs no trabalho agrícola com exposição aos agrotóxicos, estimulando sua utilização e a prevenção de intoxicações.

2. METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo convergente-assistencial, descrita por Leopardi (2001) como uma pesquisa que pode ser utilizada em qualquer situação da área da saúde, pois o pesquisador está constantemente coletando dados. A presente pesquisa foi realizada no município de Boqueirão do Leão, localizado na microrregião centro-oriental do estado do Rio Grande do Sul (RS). Conforme dados obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população do município foi estimada em torno de 7.673 habitantes, sendo aproximadamente 5.500 residentes da zona rural.

Os sujeitos do estudo foram sete agricultores, com idade entre 18 e 60 anos, residentes no município de Boqueirão do Leão que procuraram atendimento no hospital da cidade devido a intoxicação por agrotóxicos no mês de janeiro de 2014 e que tiveram seu caso notificado como Intoxicação Exógena no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A presente pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa do estudo, foi realizado uma entrevista gravada com os sujeitos e posteriormente as transcrições e análises dos dados. Na segunda etapa, foi realizado a atividade educativa que teve o objetivo de explicitar os riscos à saúde da exposição aos agrotóxicos sem a utilização adequada de EPIs. Por meio da sistematização do uso correto de EPIs, foi estimulado seu uso, podendo prevenir possíveis intoxicações.

O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com o número do Parecer 726018. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção de materiais educativos que objetivem a promoção e a prevenção em saúde pode proporcionar a alteração da realidade local, desde que as expectativas e as particularidades da população alvo sejam respeitadas (ZOMBINI, 2011).

A atividade educativa foi composta de um encontro no domicílio de cada participante, utilizando material confeccionado pela pesquisadora, materiais disponibilizados pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), e os EPIs necessários para a exposição aos agrotóxicos.

As atividades educativas direcionadas aos agricultores necessitam a utilização de propostas abrangentes a ponto de poder proporcionar o desenvolvimento integral e a potencialização de tal população (SILVA, 2011).

A sistematização da correta utilização dos EPIs proporcionou grande interesse por parte dos participantes, uma vez que tornou a orientação de caráter prático, facilitando a resolução de suas dúvidas e incentivando a devida adesão aos EPIs. Durante a atividade de educação, foi comum ter a presença de familiares dos participantes, assim, pode-se repassar as orientações a um maior grupo de pessoas, incentivando a correta utilização dos EPIs e, assim, prevenindo eventuais intoxicações devido à exposição aos agrotóxicos.

Entre os agricultores, não há correspondência entre o reconhecimento do perigo ao usar agrotóxicos e a atenção à segurança no trabalho. Assim, ações de promoção e prevenção à saúde, ao serem programadas, devem considerar aspectos comunicativos, culturais, psicológicos e socioeconômicos inerentes aos agricultores, os quais podem compor atitudes de negação e minimização de riscos, tipicamente visualizados em tal população (FILHO, 2002; MIRANDA, 2007).

Diante disso, as atividades educativas são importantes na promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde, por proporcionar modificações na população na forma de pensar e agir, e, se forem frequentemente promovidas, acabam apresentando resultados positivos (FILHO, 2002; MIRANDA, 2007).

Uma dificuldade encontrada durante a pesquisa foi conseguir localizar os participantes, pois na ficha do SINAN o endereço estava desatualizado. Como ponto positivo, indica a total aceitação dos participantes e percebeu-se satisfação por parte do serviço de saúde hospitalar e dos participantes e seus familiares, a qual foi relatada em falas durante os contatos, pois, além da pesquisa proporcionar dados para o município, os participantes sentiram-se lisonjados por serem lembrados e poderem expressar suas ideias quanto ao assunto de intoxicações.

A pesquisadora recebeu um convite do responsável pela EMATER do município pesquisado, para participar de um encontro coletivo para explanar sua pesquisa e realizar uma atividade educativa, com o objetivo de repassar orientações sobre a importância da utilização de EPIs na exposição aos agrotóxicos. A pesquisadora finalizou esse estudo, apresentando a pesquisa e os resultados na câmara de vereadores do município pesquisado, com a presença dos responsáveis pelos serviços de saúde do município, população em geral, vereadores e equipe que compõe a câmara de vereadores. Esse retorno para o município foi para apresentar a realidade local dos fumicultores, assim possibilitando o planejamento e realização de ações necessárias para a atenção a saúde da população.

4. CONCLUSÕES

Diante desse contexto, concluiu-se que há necessidade de ações educativas para os trabalhadores rurais com o objetivo de informar e incentivar a utilização dos EPIs adequados, prevenindo, assim, doenças ocasionadas pelos riscos existentes na exposição durante o trabalho. Igualmente, sugere-se que os serviços de saúde do município, promovam atividades de promoção e prevenção em saúde com os trabalhadores rurais do município.

O método da pesquisa, convergente assistencial, contribuiu para o estudo de forma a articular a prática assistencial a saúde, visando o envolvimento das atividades de assistência ao processo de pesquisa e vice-versa, possibilitando reflexões e construções.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. A. et al. Agrotóxicos e o risco à saúde entre fumicultores. **Publ. UEPG Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 17, n. 2, p. 57-63, 2011.

FILHO, J. P. A. **Uso de agrotóxicos no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MIRANDA, A. C. et al. Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 7-14, 2007.

RIBEIRO, C. C. **A importância do enfermeiro do trabalho na orientação do uso dos EPIs para a prevenção dos acidentes ocupacionais**. 2013. 13 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador – Especialização). Faculdade Redentor, Itaperuna, 2013.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.

ZOMBINI, E. V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-58, 2011.

A ETNOGRAFIA COMO OPÇÃO METODOLÓGICA PARA PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**ROBERTA ANTUNES MACHADO¹; CATIA GENTILE DOS SANTOS²;
GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO³; LUCIANE PRADO KANTORSKI⁴**

¹Programade Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
roberta.machado@riogrande.ifrs.edu.br

²Programade Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
catia.gentile@hotmail.com

³Programade Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
enfermeiro.guiquinheiro@gmail.com

⁴Programade Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas –
kantorski@uol.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Entende-se a etnografia como um método de pesquisa destinado a estudar pessoas ou grupos organizados, que podem ser designados de comunidades ou sociedades. Como método começou a ser utilizado no final do século XIX por pesquisadores antropólogos que acreditavam que as reflexões dos filósofos sociais eram impróprias para entender como viviam as pessoas reais (ANGROSINO, 2009).

Na área da saúde e da enfermagem, a pesquisa etnográfica vem ocupando um espaço importante na enfermagem contemporânea, objetivando formas mais eficientes de desenvolver o cuidado. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo apresentar a etnografia como uma possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem e saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico sobre a etnografia e sua aplicação como uma metodologia possível para a pesquisa em enfermagem. O trabalho em questão foi construído na disciplina de Epistemologia da ciência e políticas de saúde e enfermagem, do curso de doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (PPGenf – UFPel).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O referencial antropológico utiliza-se da etnografia para desenvolver seus estudos, pois esse método possibilita a descrição integral de um povo e seu modo de vida, por meio do trabalho de campo, de forma personalizada, multifatorial, de longo prazo, indutiva e dialógica.

Dessa maneira, pode-se refletir sobre quais razões levam um profissional da enfermagem ou da saúde a pesquisar optando pela etnografia. Provavelmente, buscando a compreensão acerca de uma cultura ou de um aspecto cultural, contribuindo para a solução de problemas. Assim, busca entender a práxis de determinada cultura, descrevendo e interpretando o ponto de vista nativo, sob prisma teórico do referencial antropológico. A atitude do etnógrafo precisa ser essencialmente a abertura ao novo, ao desconhecido, ao

diferente, pois deverá proceder a interpretação sem julgamentos estereotipados (MONTICELLI; BONILHA & TRUISI, 2013). Para Geertz (2008), é necessário estabelecer relações, selecionar os informantes, mapear os campos e manter o diário de campo, procurando aprender sobre suas práticas e interpretações de mundo. A descrição densa da realidade é algo fundamental.

Para a construção de uma pesquisa etnográfica no campo da saúde de enfermagem, as autoras Monticelli, Bonilha e Truisi (2013), apresentam alguns passos que facilitam a compreensão do método: reflexão sobre sua realidade profissional em enfermagem e saúde; reflexão sobre o campo de pesquisa; escolha dos informantes; decisão sobre as técnicas de coleta de dados; planejamento do registro dos dados; e a análise dos dados.

O método etnográfico aplicado na área da enfermagem, tem buscado desenvolver ações de cuidados, embasados em processos culturais. Tem alicerces na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, a qual desenvolveu o termo etnoenfermagem na década de 1980, sendo definido como o método de pesquisa qualitativa da enfermagem focalizada na abordagem naturalística, aberta à descoberta e amplamente indutiva para documentar, descrever, explicar e interpretar a visão de mundo, significados, símbolos e experiências de vida dos informantes e como eles enfrentam o atual ou potencial fenômeno do cuidado de enfermagem (ORIÁ; XIMENES; ALVES 2005).

A etnoenfermagem passou a ser utilizada para investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida, aos modelos preventivos e às outras áreas envolvendo o fenômeno do cuidado transcultural. Para isso, Leininger desenvolveu como suporte alguns modelos de pesquisa durante os estudos que realizou em várias culturas diferentes, para provar, explicar ou descobrir fenômenos complexos e ambíguos, como o cuidado humano. (SOUSA; BARROSO 2008).

Sousa e Barroso (2008) demonstram que Leininger desenvolveu alguns modelos, como a “Observação-Participação-Reflexão”, o “Estranho Amigo”, o modelo de “Aculturação” e o modelo “Sunrise”. Esses modelos contribuíram para a orientação de pesquisadores na utilização da teoria e, consequentemente, promoveram o reconhecimento da importância da teoria para a realização de descobertas na enfermagem. Ainda, as autoras relatam que Leininger propõe um método de análise de dados por meio da coleta e documentação de dados brutos, seguindo com a identificação de descrições e componentes, após com a análise contextual e de padrões e a definição de temas, achados relevantes e formulações teóricas.

4. CONCLUSÕES

A etnografia é um método de pesquisa qualitativa que surge como percurso para conhecer o outro por meio da sua cultura. A elaboração da teoria do cuidado transcultural, criado pela enfermeira Leininger identificou, que as culturas determinam as práticas de saúde e de cuidado específicas e, que os comportamentos relacionados ao processo saúde-doença variam entre as diferentes culturas. Neste sentido, o uso do método etnográfico na enfermagem permite o conhecimento da influência das culturas sobre o cuidado de enfermagem, fazendo com que as (os) enfermeiras (os) passem a valorizar o

conhecimento da cultura como essencial para o desenvolvimento de um cuidado eficaz. Apesar da aproximação com a etnografia, ainda há uma certa lacuna sobre o conhecimento e utilização desse método pela enfermagem. Contudo, esperamos que este estudo contribua para a divulgação do método, e dessa forma incentive a sua utilização de forma adequada, uma vez que acreditamos na relação intrínseca entre o cuidado de enfermagem e cultura, e que esta relação contribui também para a consolidação da enfermagem quanto disciplina científica, visando o aperfeiçoamento da prática da enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante** - Coleção Pesquisa Qualitativa. 2009. [Minha Biblioteca]. Disponível em
<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536321387/>>

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1ª ed., 13ª reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323 p.

MONTICELLI, M.; BONILHA, A. L. de L.; TRUISI, M. L. V. **Metodología de la investigación etnográfica en enfermería**. In: Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Série PALTEX, 2013, p.38-51.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; ALVES, M. D. S. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. **Online brazilian journal of nursing**, v.4, n.2, p. 24-30, 2005.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.24, n.1, p. 14-22, 2003.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e aplicação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 150-5, 2008.

O TOQUE TERAPÊUTICO NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SILVANA POSSANI MEDEIROS¹; ALINE RODRIGUES COSTA²; JULIANA PIVETA DE LIMA³; ELIEL DE OLIVEIRA BANDEIRA⁴; LARISSA LEMOS DA SILVA⁵; ADRIANE MARIA NETTO DE OLIVEIRA⁶.

¹Universidade Federal do Rio Grande - FURG – silpossani@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande- FURG – aline.rodrigues.costa@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande – FURG - Julianapivettal@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande- FURG- bandeira.eliel@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande- FURG – larissalemos.s@hotmail.com

⁶Universidade Federal do Rio Grande- FURG – adrianenet@vetorial.net

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

É sabido que o estresse no âmbito dos estudantes de graduação em enfermagem possui um impacto significativo nas suas atividades acadêmicas, muitas vezes influencia sua formação forma negativa (GERVÁSIO et al, 2012). Nesse contexto, a utilização das terapias complementares/integrativas, pode ser uma prática eficaz de enfrentamento do estresse e ansiedade (SÁ, 2010). Assim, o Toque Terapêutico (TT) mostra-se, como uma ferramenta capaz de suprir essa necessidade, visto que é uma terapia energética, não possui qualquer base religiosa, não demanda de alta tecnologia e ainda é considerada de baixo custo. Baseia-se na concepção de que o ser humano possui um campo de energia abundante que pode estender-se além da pele e flui em determinados padrões com a pretensão de equilibrá-los. Com base na importância do TT, este trabalho teve como objetivo conhecer as percepções de estudantes de graduação em enfermagem acerca do recebimento/aplicação do Toque Terapêutico.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo qualitativo com abordagem descritiva exploratória, utilizando-se análise textual discursiva. Participaram 10 estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Os mesmos receberam as aplicações de TT e três estudantes fizeram a aplicação. Foram de dois a sete encontros no laboratório de práticas da enfermagem nos meses de agosto a outubro de 2015. Os critérios de inclusão foram ser estudante do curso de graduação em enfermagem da FURG, ter disponibilidade de horários para responder aos instrumentos de coleta de dados, ter disponibilidade, também, para participar das sessões de TT e ter respondido a Escala para “Avaliação de estresse em estudantes de enfermagem” (COSTA; POLAK, 2009), bem como preencher o instrumento das Características Socioeconômicas. Os critérios de exclusão foram ser menor de 18 anos, estar grávida, não ter interesse em participar da pesquisa, e ao responder a Escala de Avaliação de Estresse em estudantes de enfermagem obter escore “baixo nível de estresse” em todos os domínios. Foram considerados os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde. (BRASIL, 2012), no que tange aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos, sob parecer técnico número 177/2014.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a recepção das sessões de TT os estudantes referiram diminuição das principais queixas apresentadas: cefaleia, estresse, irritabilidade e dor em geral. Estudo realizado numa Unidade Básica de Saúde em São Paulo com idosos com dor crônica, onde foram aplicadas 8 sessões de TT, verificou-se a eficácia na redução de depressão e da dor, melhoria na qualidade do sono e da ansiedade (MARTA et al, 2010). Outro aspecto a ser observado a partir do depoimento dos estudantes receptores de TT, foram às percepções referentes ao Campo de Energia Humano (CEH): sensação de calor, frio, prurido, pressão, formigamento e adormecimento. Sabe-se que tais sensações podem ser provocadas por déficit no sistema energético de uma pessoa, resultando em doença e desequilíbrio (BARRON; COAKLEY; MAHONEY, 2008). Estudo realizado em forma de revisão integrativa da literatura no período de 1996 a 2013 conclui que no processo de acesso e avaliação percorrendo o CEH do receptor, percebe-se comumente alterações que não correspondam à sua harmonia natural, como: diferenças de temperatura, pressão, tamanho e forma, enrugamentos, formigamentos e choques elétricos (GUIMARÃES; SOUSA, 2014). Muitas vezes, essas sensações vinham acompanhadas de emoções, tais como: choro e sono, associadas à tensão pré-menstrual, seguidas após a aplicação do TT de quietude, paz, leveza, harmonia e acolhimento. Ainda segundo Guimarães e Sousa (2014), verifica-se também que o TT fortalece o vínculo receptor-terapeuta, aliviando o sofrimento, reduzindo ansiedade e possibilitando uma interação efetiva e fundamental para o desenvolvimento do cuidado individualizado e voltado para o bem estar. Infere-se que pelo fato dos estudantes de enfermagem deste estudo apresentarem vínculo afetivo entre si, tal aspecto tenha contribuído ainda mais para a eficácia da terapia. A necessidade de uma “escuta sensível”, a qual contemple em sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender “de dentro” suas atitudes, comportamentos e sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos, também é importante (OLIVEIRA, 2014). A partir dela, percebeu-se que alguns estudantes, durante a técnica, imaginaram-se em outro lugar que não o laboratório de práticas de enfermagem. Em relação à percepção de estudantes terapeutas de graduação em enfermagem durante a aplicação das sessões de TT, notou-se uma mudança na rotina dos mesmos, pois ao se prepararem para aplicação foi necessária uma maior concentração. Tal fato foi favorável no sentido de deixar os estudantes mais relaxados e com uma maior disposição e rendimento acadêmico. Esta concentração deve ser livre de tensão e mantida durante toda a sessão de TT, podendo causar déficit energético se não for efetiva, tanto para o terapeuta, como para o receptor. No cotidiano, os praticantes utilizam exercícios de respiração e visualização, dentre outros, para conseguirem centralizar suas mentes (KRIEGER, 1995). Frente as percepções durante o manejo com o CEH nas aplicações, percebeu-se que o mesmo, ora estava aumentado, ora diminuído, ausente, com mudanças de temperatura, fazendo-se necessário o alisamento, retirada de íons, bem como a utilização da cromoterapia. Quanto a utilização da

cromoterapia por parte dos terapeutas, um estudo apresentado em Curitiba apontou a cromoterapia, como ciência milenar, que utiliza técnicas terapêuticas promovendo a saúde, aplicando as cores de forma diversificada. Pode estar associada a outras terapias, buscando tratar o ser humano de seus males físicos, emocionais e mentais (SYLVA, 2011).

4. CONCLUSÕES

Percebeu-se durante este período de interação acadêmica a partir do prisma do TT uma mudança efetiva no comportamento dos alunos, referindo sentir-se com maior capacidade no “controle das situações estressantes da vida”. Além disso houve troca de experiências e espaço para a construção de um novo olhar sobre sua vida e saúde, bem como do grupo como um todo. Logo, é preciso que o conhecimento sobre essa prática seja difundido para que os profissionais tenham a possibilidade de utilizar o TT como mais uma estratégia para uma assistência qualificada e uma nova forma de promoção e prevenção da saúde, além de propiciar um processo ativo em relação a construção de sua saúde enquanto terapeuta.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRON, A. M.; COAKLEY, A. B.; MAHONEY, E. K. Promoting the Integration of Therapeutic Touch in Nursing Practice on an Inpatient Oncology and Bone Marrow Transplant Unit. **Int'l Journal**. v. 12, n. 4, p. 82, 2008.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Para Pesquisas com seres humanos. 2012.

COSTA, A. L. S.; POLAK, C. Construção e Validação de Instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43. n. esp, p.1017-26, 2009.

KRIEGER, D. **O Toque Terapêutico**: Versão Moderna da Antiga Técnica de Imposição de Mãos. São Paulo: Cultrix, 1995.

GERVÁSIO, S. M. D. et al. Análise do Estresse em Acadêmicos de Enfermagem frente ao Primeiro Estágio da Grade Curricular. **J healthscienc instit**. v. 30, n. 4, p.331-5, 2012.

GUIMARÃES, C. M.; SOUSA; R. M. Aplicação do Toque Terapêutico na Assistência Complementar em Enfermagem. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. especial, p. 151-163, 2014.

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do Toque Terapêutico sobre a Dor, Depressão e Sono em Pacientes com Dor Crônica: Ensaio Clínico. **Rev esc enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1094-100, 2010.

OLIVEIRA, A. C. C. **Educação Ambiental, Toque Terapêutico e Esquisoanálise**: Um Cuidado Anti-iatrogênico na Enfermagem Hospitalar.

2014. 282f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2014.

SÁ, A. C. **O Cuidado do Emocional em Saúde.** São Paulo: Atheneu, 2010.

SYLVA, M. D. P. **As Cores e suas Funções Específicas para a Saúde.** In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. XVI, XI, 2011. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: 15 nov. 2015

COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA DE PACIENTE EM CUIDADO INTENSIVO

GRACIELA DE BRUM PALMEIRAS¹; ADRIANO PASQUALOTTI²;
MARLENE TEDA PELZER³

¹Universidade Federal do Rio Grande – e-mail: graciela_brum@hotmail.com

²Universidade de Passo Fundo – e-mail: pasqualotti@upf.br

³Universidade Federal do Rio Grande – e-mail: pmarleneteda@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é essencial para o ser humano. É considerado fator imediato e decisivo na realização das interações. Nos primórdios da comunicação, o homem se expressava por gestos e sons. Ao passar do tempo o homem aprendeu a usar sinais gráficos para se referir aos objetos que conhecia, mas ainda se comunicava por meio de gestos. A partir da comunicação oral é que o ser humano passou da inteligência concreta animal, limitada ao momento, à representação simbólica ou mental do mundo (MATOS, 2000). Em determinadas situações a comunicação oral pode estar prejudicada, a escrita impossibilitada e os gestos podem não ser interpretados de forma clara. Muitos pacientes internados em centro de terapia intensiva (CTI) são incapazes de se comunicar oralmente. Os gestos e expressões utilizados pelo paciente podem não ser interpretados de forma clara pela equipe de saúde. Esta realidade é vivenciada por pacientes traqueostomizados, entubados ou afásicos. O processo de comunicação é essencial na relação entre as pessoas, permitindo o compartilhado de mensagens, ideias, sentimentos e emoções (BETTINELLI; TOURINHO FILHO; CAPOANI, 2008). A comunicação é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade ao paciente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004). O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos, mas exercer cuidados abrangentes que implicam desenvolver a habilidade de comunicação (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). O uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um meio utilizado para atender as necessidades do paciente. O objetivo da pesquisa foi avaliar o uso de dispositivo mobile como ferramenta de comunicação entre paciente e a equipe de saúde.

2. METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma dissertação de mestrado e seguiu um delineamento longitudinal. O projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, parecer 350/2011. A amostra contemplou 32 pacientes impossibilitados de se comunicar oralmente, internados em um CTI de um hospital do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. A seleção dos pacientes foi realizada por conveniência. Para análise dos dados foi utilizado o teste de qui-quadrado. Foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$. O CA Mobile foi desenvolvido para o processo de

comunicação alternativa. Foi elaborado para ser executado em um *tablet* Samsung Galaxy Tab 10 com sistema em Android 2.2. A Figura 1 apresenta a estrutura de navegação e o processo de interação do aplicativo CA Mobile.

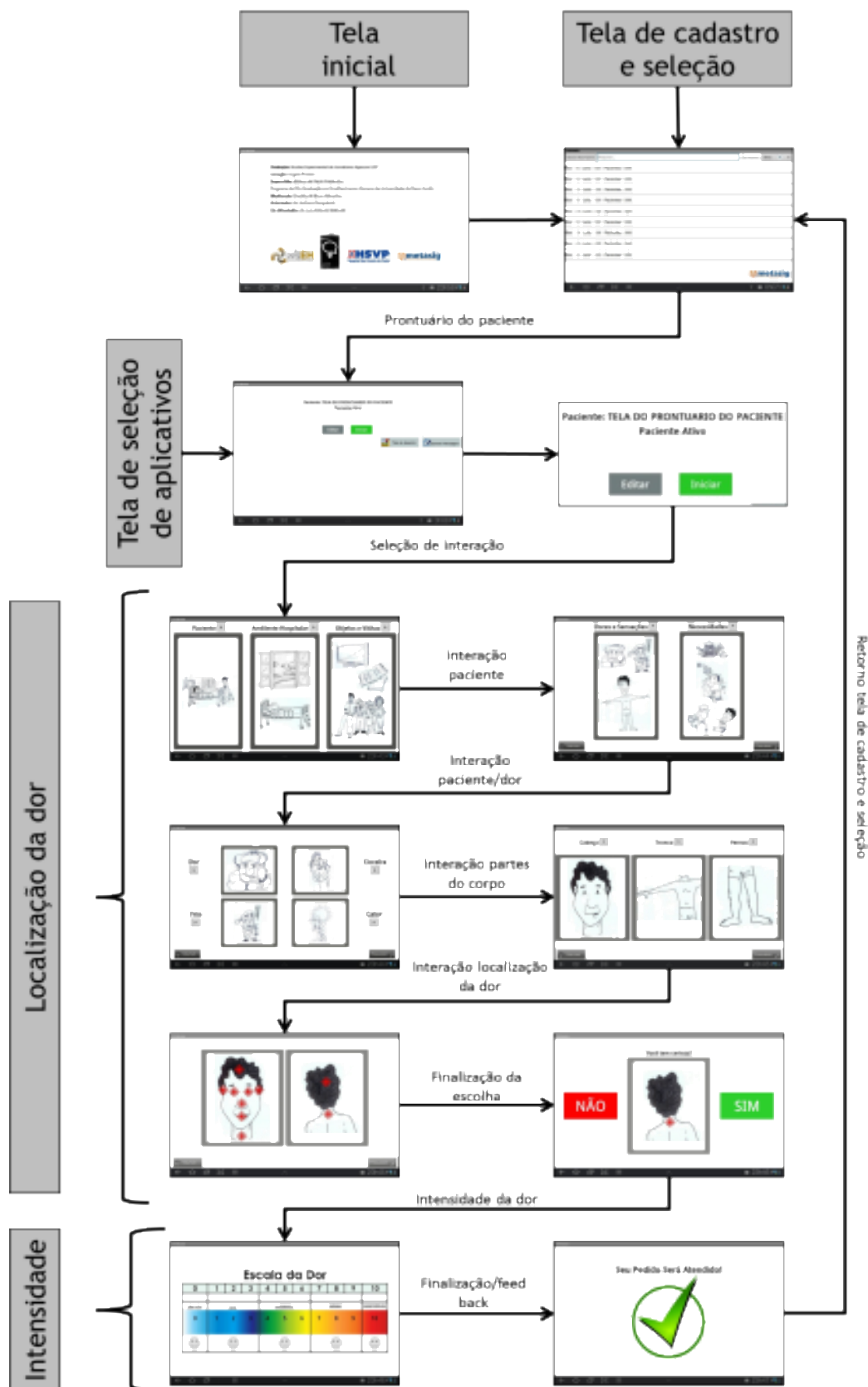


Figura 1 - Estrutura de navegação e processo de interação do aplicativo CA Mobile.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso do CA Mobile apresentou diferença significativa quanto à condição de comunicação oral e sexo ($p < 0,001$), e telas de interação e sexo ($p = 0,033$). As mulheres traqueostomizadas apresentaram uma proporção significativamente maior (73,1%) na comparação com os homens traqueostomizados (26,9%). As mulheres traqueostomizadas, entubadas ou afásicas escolheram na tela de interação com o aplicativo a opção que determina as necessidades vinculadas ao ambiente hospitalar significativamente maior (74,2%) na comparação com os homens traqueostomizados, entubados ou afásicos (25,8%) (ALBARRAN, 1991; BERGBOM-ENGBERG; HALJAMAE, 1989). A facilidade de uso e a relação entre o tempo de interação e o tempo de resposta para contemplar as necessidades dos pacientes justificam a implantação do CA Mobile como ferramenta potencial de comunicação alternativa para pacientes impossibilitados de falar em cuidados intensivos (MIGLIETTA; BOCHICCHIO; SCALEA, 2004; SILVA, 2008).

4. CONCLUSÕES

O dispositivo CA Mobile ampliou os mecanismos de comunicação que tradicionalmente eram utilizados no CTI para o processo de comunicação alternativa. A comunicação proporcionada pelo dispositivo CA Mobile beneficiou a construção de mensagens básicas e complexas entre o paciente e a equipe de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARRAN, J. W. A review of communication with intubated patients and those with tracheostomies within an intensive care setting. **Intensive Care Nursing**, v. 7, n. 3, p. 179-186, 1991.

BERGBOM-ENGBERG, I.; HALJAMAE, H. Assessment of patient's experience of discomforts during respiratory therapy. **Critical Care Medicine**, v. 17, n. 10, p. 1068-1072, 1989.

BETTINELLI, L. A; TOURINHO FILHO, H.; CAPOANI, P. Experiências de idosos após laringectomia total. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 214-220, 2008.

MATOS, S. S. **A comunicação escrita através das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino da graduação**. Belo Horizonte (BH); 2000.

MIGLIETTA, M. A.; BOCHICCHIO, G.; SCALEA, T. M. Computer-assisted communication for critically ill patients: a pilot study. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care**, v. 57, n. 3, p. 488-493, 2004.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004.

PONTES, A. C.; LEITAO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2008.

TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COM PLANTAS MEDICINAIS E CUIDADO: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

ÂNGELA ROBERTA ALVES LIMA¹; ELIANA BUSS²; RITA MARIA HECK³

¹Prefeitura Municipal de Pelotas e UFPel 1 – angelarobertalima@hotmail.com 1

²UFPel – busseliana@yahoo.com.br 2

³UFPel - rmheckpillon@yahoo.com.br 3

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde, a implementação das ações de cuidado e o uso plantas medicinais, preconizados na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), ocorrem de maneira diferenciada, nas distintas regiões do País. Identificamos que esta variação tem relação com a divulgação da política, o interesse dos profissionais de saúde em implantar as farmácias vivas e o conhecimento das espécies de plantas utilizadas pela população que se dá conforme os biomas. Alguns estados e municípios já implantaram a política e legislação específica, investiram na produção e processamento em laboratórios, disponibilizando plantas medicinais e/ou derivados, na atenção básica, além da orientação para profissionais de saúde e população em geral, sobre uso racional desses produtos. No Rio Grande do Sul (RS), este processo se encontra ainda incipiente, dos 497 municípios 08 possuem implantada a Política, com a subespecialidade fitoterapia e homeopatia contabilizando 37 unidades de saúde cadastradas.

O território do RS situa-se em dois biomas: o da mata atlântica e o pampa, único no território brasileiro. O Bioma Pampa cobre 63% da área total do estado e 2% do território brasileiro (HEIDEN; IGANCI, 2009). Possui rica biodiversidade, mais de 3.000 espécies de plantas, aproximadamente 385 espécies de aves e 90 espécies de mamíferos (Ibama, 2010). Ainda temos poucos estudos sobre as plantas medicinais deste bioma. Sabemos que os habitantes da zona rural adequaram seu viver ao bioma pampa, desenvolvendo conhecimentos que permitam usar recursos da natureza de forma sustentável em harmonia entre o ser humano e o ambiente (DI STASI, 2007). Focado neste tema observamos que se torna necessário a elaboração de tecnologias em saúde específicas para o meio rural contemplando o cuidado e as plantas medicinais utilizadas no Bioma Pampa.

O estudo objetiva desenvolver e validar um manual instrutivo de cuidado e uso de plantas medicinais almejando qualificar o cuidado em saúde, desenvolver ações que favoreçam o compartilhamento dos saberes entre profissionais de saúde e população, a construção de vínculo, escuta e cuidado qualificado, bem como, o fortalecimento da PNPMF no SUS.

2. METODOLOGIA

Projeto de delineamento quantiquantitativo com vistas à validação de um manual instrutivo de cuidado e uso de plantas medicinais, realizado com parceria da Embrapa Clima Temperado. Participarão médicos, enfermeiros e

odontólogos que atuam em Estratégia de Saúde da Família (ESF) rurais, da Região Sul do Rio Grande do Sul.

O estudo qualitativo constituirá em uma pesquisa participante, embasada nos princípios de Paulo Freire, na qual utilizará o método criativo sensível configurado em cinco momentos: introdução; produção; apresentação; discussão; e, avaliação possibilitando a compreensão, exigindo do pesquisador a capacidade de colocar-se no lugar do outro, estabelecendo uma escuta sensível e atenta à multiplicidade de vozes compartilhadas. (Soratto J, et AL, 2014)

Serão realizados encontros com os profissionais da ESFs, para apresentação das plantas medicinais, citadas pelas famílias rurais, no projeto: “Autoatenção e o uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectiva para o cuidado de enfermagem rural”, contempladas na lista da ANVISA (2010). Os profissionais serão convidados a vivenciar, na prática o contato com o uso das plantas medicinais desde a produção até a utilização na promoção e tratamento da saúde e, a participar da construção do manual.

Posteriormente o manual será submetido à apreciação dos juízes *experts*, contemplando o estudo quantitativo. Os juízes avaliarão o manual quanto a clareza, compreensibilidade, redundância e adequação do conteúdo apresentado. A validação utilizará a escala tipo Likert, uma técnica de classificação que permite avaliar vários itens que expressam um ponto de vista sobre um tópico (GRANT; DAVIS, 1997). A apreciação quantitativa dos resultados numéricos utilizará a análise estatística descritiva por meio dos recursos de computação do sistema *Data Analysis and Statistical Software* (STATA 12).

3. RESULTADO ESPERADO

Espera-se dois desfechos um qualitativo: a sensibilização dos profissionais sobre o uso de plantas medicinais no cuidado familiar. Divulgação das plantas utilizadas pelas famílias de agricultores, do município de atuação da ESF, identificadas no projeto “Autoatenção e o uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectiva para o cuidado de enfermagem rural” E um quantitativo que será a elaboração e validação do manual instrutivo de cuidado e uso de plantas medicinais do Bioma Pampa.

4. CONCLUSÕES

O manual situar-se-á entre o sistema de inovação e o sistema de compartilhamento de conhecimentos e práticas de cuidados, do saber popular e do saber científico. Uma vez que partirá do conhecimento popular no uso de plantas medicinais e das necessidades dos profissionais da ESF.

Este projeto permitirá o fortalecimento do vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a qualificação das ações promotoras de saúde, emancipação e a longitudinalidade do cuidado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Notificação de drogas vegetais. **Resolução – RDC Nº 10 de 09 de março de 2010**. Brasília: ANVISA, 09 de março de 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Notificação de drogas vegetais. **Resolução – RDC Nº 10**, de 09 de março de 2010. Brasília: ANVISA, 09 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103202-10>> Acesso em: 01 jun. 2017.

DI STASI, L. C. **Plantas medicinais**: verdades e mentiras, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007. 133p.

GRANT J.S.; DAVIS, L.T. Selection and use of content experts in instrument development. **Research in Nursing & Health.**, v. 20, p. 269–274, 1997.

HEIDEN, G.; IGANCI, J. R. V. Sobre a paisagem e a flora. In. STUMPF, E. R. T.; BARBIERI, R. L; HEIDEN, G. **Cores e formas no Bioma Pampa: plantas ornamentais nativas**. Pelotas: Embrapa Clima Temperado, 2009. p. 276.

IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Estatísticas sobre Unidades de Conservação nos Biomas Brasileiros, 2004. Disponível em: <<http://www.ibama.gov.br>>. Acesso em: 30 mai. 2017

SORATTO J, WITT RR. Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. **Texto & Contexto Enferm.**, 2013.

A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

BRUNA PIVETTA PREVEDELLO¹; ANGELINA HOLDERBAUM DA CRUZ²;
BIANCA ZIMMERMANN SANTOS³; CLÁUDIA ZAMBERLAN⁴; DIRCE STEIN
BACKES⁵

¹Centro Universitário Franciscano – brunaprevedello@hotmail.com

²Centro Universitário Franciscano – anjasm@bol.com.br

³Centro Universitário Franciscano – biancazsantos@hotmail.com

⁴Centro Universitário Franciscano – claudiaz@unifra.br

⁵Centro Universitário Franciscano – backesdirce@unifra.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Na fase inicial da vida, o leite materno é o melhor alimento a ser ofertado, pois contém a quantidade energética ideal e todos os nutrientes necessários para o crescimento da criança. Dentre esses nutrientes, estão a água, as proteínas, lactose, gordura, os sais minerais, as vitaminas, os fatores anti-infecciosos e de crescimento (MARQUES; LOPEZ; BRAGA, 2004). O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é conceituado como o fornecimento de todos os líquidos, nutrientes e energia exclusivamente por meio do leite materno, provindo diretamente da mama ou extraído quando possível. O recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) é que se realize o AME até os seis meses de vida da criança (180 dias), devendo, após esse período, ser acompanhado da alimentação complementar até o 2º ano de vida ou mais (LOPES, 2014). Essa recomendação baseia-se nas necessidades que a criança apresenta até o sexto mês de vida. Alguns estudos também demonstraram que o AME, até o 6º mês de vida, é considerado um dos principais fatores de proteção para as infecções respiratórias e gastrointestinais (LOPES, 2014). Com base no exposto, o presente estudo objetiva relatar a vivência realizada com Residentes de Enfermagem Obstétrica, por meio de oficinas interativas sobre a importância do aleitamento materno.

2. METODOLOGIA

Configura-se como um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, materializada a partir da disciplina de “Prática Orientada” do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil de uma Instituição de Ensino Superior, localizada na região central do Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre de 2017. Inicialmente, foram verificadas as principais demandas a serem realizadas com as Residentes de Enfermagem Obstétrica. A partir da análise das demandas, foi priorizada a temática do Aleitamento Materno, dinamizada por meio de oficinas interativas. Na sequência, foram realizadas duas oficinas, com base em metodologias interativas, e, posteriormente, foi realizada uma avaliação coletiva e o relato do processo vivenciado pelas mestrandas o qual, ao final da disciplina, foi apresentado e discutido na presença de todos os colegas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As metodologias participativas possibilitam a exploração de saberes dentro de um contexto, valorizando conhecimentos e experiências, envolvendo alunos na identificação e busca de soluções para situações vivenciadas por eles nas atividades que compõem o processo educativo (VANNUCHI, CAMPOS, 2007). Desse modo, percebe-se que as oficinas oferecem um espaço de discussão, troca de experiências e conhecimento, levando a um debate das suas práticas do dia-a-dia. Assim, em um primeiro encontro com as Residentes em Enfermagem Obstétrica, explicou-se a modalidade das atividades de intervenção, as quais estavam associadas à disciplina “Prática Orientada” do Mestrado Profissional de Saúde Materno Infantil de uma Instituição de Ensino Superior. Nessa perspectiva, foram discutidas as expectativas das residentes e a metodologia das intervenções. Também, conheceu-se melhor como eram feitos os atendimentos nos locais de atuação das residentes e, após debates ampliados, priorizou-se a temática do aleitamento materno. No segundo encontro, foi realizada uma oficina sobre a importância do aleitamento materno, com base nas recomendações do Ministério da Saúde. Após isso, foi feita uma roda onde foi debatido, juntamente com as residentes, o tema e também elas foram divididas em dois grupos onde foram disponibilizados dois artigos para debate. Por fim, foi efetuada uma avaliação, juntamente com todos os colegas, e exposto o que foi vivenciado com as residentes ao final da disciplina. O Ministério da Saúde preconiza que o aleitamento materno exclusivo seja realizado até os 6 meses de vida da criança e, após isso, recomenda a ingestão de alimentos complementares que devem ser introduzidos concomitantemente ao aleitamento, que deve perdurar até os 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2002). Quando bebês não são amamentados, têm mais riscos de apresentarem complicações como: otite média, gastroenterite, infecções do trato respiratório inferior, obesidade, diabetes, entre outros. Já entre as mães, a não amamentação está associada ao aumento do risco de diabetes tipo 2, câncer de mama e cancro do ovário, e enfarte do miocárdio (STUEBE; BONUCK, 2011). Nessa perspectiva, a atividade realizada foi de grande relevância para o grupo e o profissional de saúde precisa estar preparado para prestar uma assistência de qualidade, integral, sanando as dúvidas, medos, anseios das mulheres nesse momento único para elas.

4. CONCLUSÕES

A temática do aleitamento materno, dinamizada por meio de oficinas interativas com Residentes em Enfermagem Obstétrica, foi reconhecida como prioritária no processo de Educação Permanente. Os autores envolvidos reconhecem que não basta a informação sobre o aleitamento materno, mas que são necessários processos interativos, no sentido de construir conhecimentos pertinentes e sustentáveis com o envolvimento ativo da mãe. O trabalho realizado com as residentes resultou em grande aprendizado para

ambos os grupos envolvidos, isto é, mestrandas do Mestrado em Saúde Materno Infantil e Residentes em Enfermagem Obstétrica. Além de ampliar as percepções sobre a importância do aleitamento materno, as oficinas resultaram na troca de ideias, no compartilhamento de saberes e práticas, dentre outros ganhos científicos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, n. 107, 2002.
- LOPES, A. C. **Doenças respiratórias e aleitamento materno exclusivo: existe alguma relação?**. Ceilândia - DF, 2014.
- MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.
- STUEBE, A. M.; BONUCK, K. What Predicts Intent to Breastfeed Exclusively? Breastfeeding Knowledge, Attitudes, and Beliefs in a Diverse Urban Population. **Breastfeeding Medicine**, n. 6, v. 6, 2011.
- VANNUCHI, M.T.O.; CAMPOS, J.J.B.A. metodologia ativa na residência em gerência do curso de enfermagem da UEL. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.3, p.358-64, 2007.

"FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO: A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES"

ANNA KARLA NASCIMENTO LIMA¹; EDNA APARECIDA BARBOSA DE CASTRO; FÁBIO DA COSTA CARBOGIM; RAQUEL DE OLIVEIRA MARTINS FERNANDES; DENISE BARBOSA DE CASTRO FRIEDRICH²

¹Universidade Federal de Juiz de Fora– annakarla.enf@gmail.com

²¹Universidade Federal de Juiz de Fora) – denisefriedrichenf@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), caracteriza-se como uma Pós Graduação, na modalidade Educação em Serviço/Trabalho. Destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando-se a médica, e estruturada a partir de princípios da educação permanente, tem como objetivo promover a especialização destes profissionais, pautada na promoção de atributos que possibilitem o exercício da profissão com excelência, envolvendo as pessoas e as comunidades, da gestão e organização do trabalho e da educação na saúde, nos diversos contextos de saúde pública do país, visando à melhoria da qualidade de vida (SILVA, et al, 2015).

De acordo com Bispo (2014), a perspectiva de consolidação da RMS tende a favorecer a reflexão sobre a reorganização do trabalho, potencializando as práticas colaborativas e suas implicações na atenção à saúde. Dessa forma, fomentar o trabalho multiprofissional na área da saúde faz-se primordial, na busca de habilidades que o orientam para um trabalho colaborativo, vislumbrando o cuidado integral ao paciente (PIPPITT, 2015).

Mediante o exposto, compreender esse modelo de formação através das percepções dos próprios residentes, se faz de suma importância na busca de diretrizes curriculares mais eficientes e ajustadas à realidade destes profissionais.

Assim, o objetivo principal deste trabalho, foi compreender a percepção dos residentes sobre suas vivências ao longo da formação, bem como descrever quais as lacunas e potencialidades vivenciadas ao longo deste processo nos programas de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde.

2. METODOLOGIA

O presente estudo, foi realizando entre os meses de abril 2016 à março de 2017, tendo como cenário, um hospital de ensino no sudeste brasileiro, cuja a área de abrangência é de 1435, 664 km² (BRASIL, 2014), e a demanda exclusiva do SUS.

Os participantes da pesquisa foram residentes ingressos no ano de 2015 em um dos Programas de RMS da instituição. A coleta de dados se deu através de entrevista semi-estruturada. As respostas foram coletadas na forma

oral, gravadas em aparelhos de mp4, e posteriormente consolidadas através da transcrição para a fase de análise. Todos os preceitos éticos foram atendidos.

Como método de análise qualitativa para as entrevistas, foi utilizada a hermenêutica dialética, a qual, de acordo com Minayo et al., (2013) é uma categoria metodológica que se ocupa em compreender textos, buscando na linguagem e nos signos realizar a crítica sob os núcleos de sentido encontrados.

A ordenação dos dados, ocorreu de acordo com a proposta por Alencar (2012), através da leitura geral do material, da organização dos dados coletados, destacando suas diferentes unidades de análise em um quadro de falas, seguida das sínteses horizontais e verticais das unidades (ALENCAR *et al.*, 2012).

A análise final dos dados foi realizada através da interpretação dos dados obtidos a partir das sínteses, e da identificação dos núcleos de sentido expressos pelas falas dos participantes, a fim de obter uma proposta de intervenção social e uma proposta para novas pesquisas.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados deste estudo, destacar-se a relevância do trabalho multiprofissional na construção de um novo perfil profissional, mais engajado, colaborativo e socialmente responsável. Neste sentido as RMS, se estabelecem como alternativa no desenvolvimento de habilidades para o trabalho multi e interprofissional, fomentando uma formação libertadora, pautada no trabalho vivo, vinculado às tecnologias leves que envolvem a saúde (ARAÚJO, 2017).

Através das falas, evidenciou-se que embora existam legislações e esforços de diferentes esferas para a consolidação das RMS, os cenários de atuação dos residentes, ainda não estão preparados para receber a dinâmica do trabalho multiprofissional.

Foram descritas, lacunas que perpassam desde a falta de estrutura física das unidades, serviços e ambulatorios, até o despreparo e/ou ausência de preceptores e docentes, tais lacunas refletem o modelo biomédico, tecnicista e hospitalocentrico vigente no país.

O estudo aponta ainda que, embora existam muitas dificuldades para a efetivação do trabalho multiprofissional no contexto das RMS, a manutenção, a reestruturação e o fortalecimento dos programas de RMS já existentes, se estabelecem como as principais estratégias para o aprimoramento desta modalidade de formação.

4. CONCLUSÕES

Por fim, entende-se a RMS, como um modelo inovador de formação em saúde, e almeja-se através dela, oferecer ao mercado de trabalho profissionais diferenciados, comprometidos e socialmente responsáveis, capazes de entregar à população cuidados direcionados pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, T. O. de S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.25, n.2, p. 243-250, abr./jun. 2012. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2236/2460> > Acesso em: 01 agosto 2017

ARAUJO, T. A. M.; et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005002102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 agosto. 2017.

BISPO, E. P. de F.; TAVARES, C. H. F; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 337-350, Jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. **Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2014**. Diário Oficial da União, 10 de novembro de 2014.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2013

PIPPITT, K.; et al. Collaboration versus competition: an interprofessional education experience. **Family medicine**, v. 47, n. 4, p. 298-301, 2015.

SILVA, J. C et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 2, p. 132-138, Apr. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200132&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 agosto. 2017.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DOADORES DE SANGUE FIDELIZADOS NO HEMOCENTRO REGIONAL DE PELOTAS/RS

NIVIANE GENZ¹; POLIANNA ALVES ANDRADE RIOS²; GISELE ORTIZ
HEIDRICH PINTO³; ROSANI MANFRIN MUNIZ⁴; ANDREIA BRETANHA⁵;
JULIANA SANTOS SOARES⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – nivianegenz@gmail.com

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – polianauesb@yahoo.com.br

³Hemocentro Regional de Pelotas – gisele.ib@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – romaniz@terra.cm.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – andreiabretanha@hotmail.com

⁶Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – julyasoares@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O sangue é um líquido constituído por uma parte fluida (o plasma) e por elementos celulares sólidos (glóbulos e plaquetas), que circula nos vasos sanguíneos. É responsável pelo transporte de substâncias (nutrientes, oxigênio, gás carbônico e toxinas), regulação e proteção de nosso corpo, sendo insubstituível (SMELTZER; BARE, 2005), o que torna a doação um ato incomparável. A Organização Mundial da Saúde recomenda que o percentual ideal de doadores de sangue em um país esteja entre 3,5% e 5,0% de sua população. No Brasil, esse percentual ainda é muito baixo e preocupante, pois não alcança 2,0% da população potencialmente doadora. Além disso, ainda há uma queda considerável das doações no período do inverno e das férias, fazendo com que os Hemocentros trabalhem com os estoques menores do que o mínimo necessário (BRASIL, 1998; OPAS, 2015). Algumas estratégias visando aumento do percentual de doadores são propostas em alguns países, a exemplo de ferramentas de baixo custo que, embora sejam pontuais, apresentam resultados imediatos, tais como o uso de marketing por meio de correspondência, e-mail e de telefonemas aos doadores, possibilitando novos registros de doações. Assim, este trabalho, produto final da especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, com ênfase em Serviços de Hemoterapia, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, concluído ao final de 2016, teve como objetivo propor um programa de intervenção para aumentar a adesão de doadores de sangue à categoria de doadores fidelizados no Hemocentro Regional de Pelotas/RS.

2. METODOLOGIA

Como meta propõe-se alcançar um percentual de 20% de doadores fidelizados, a partir do cadastramento dos doadores que comparecerem junto ao Hemocentro Regional de Pelotas/RS para doação de sangue. Recomenda-se uma capacitação para que toda a equipe possa ser sensibilizada quanto à importância do aumento do número de doadores fidelizados no Hemocentro Regional de Pelotas/RS, em cumprimento a um dos objetivos do Programa Nacional do Doador de Sangue, do Ministério da Saúde, lançado em 2003 que objetivava alcançar uma prevalência de 2% da população potencialmente

doadora (BRASIL, 2003). Para monitoramento e cadastramento do doador fidelizado, definido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2015) como aquela pessoa que doa constantemente, sugere-se a criação de uma planilha eletrônica em que todos os doadores que aceitarem tornarem-se fidelizados sejam lançados na mesma, pelos funcionários da recepção, para acompanhamento da equipe. Por ocasião da doação de sangue, deverá ser informado ao doador que o mesmo poderá ter acesso aos resultados dos exames que serão realizados com o seu sangue antes de o mesmo ser liberado para uso transfusional, pois se trata de um direito. Para os resultados não alterados, solicitaremos à equipe da Tecnologia da Informação (TI) a criação de um sistema de envio por e-mail dos resultados, em dois dias úteis, para que o doador não necessite comparecer ao Hemocentro para retirada dos mesmos, sendo o envio de responsabilidade do serviço de bioquímica do Hemocentro Regional de Pelotas/RS. Quanto à busca dos doadores, 100% destes deverão ser contatados por meio de e-mail (para os doadores que possuírem este tipo de contato), via telefone (ligação, mensagem ou via aplicativo de mensagens) ou ainda via correios, para lembrar-lhes que já podem realizar uma nova doação de sangue, quando oportuna. Esta atividade ficará sob a responsabilidade do setor de captação. Além disso, sugere-se a criação de um sistema de alerta no cadastramento para que a equipe de captação seja avisada e mantenha contato com os doadores no período da nova doação. Também será solicitada à equipe da TI para que produza uma planilha de cadastramento diferenciada para os doadores fidelizados, a fim de que a visualização dos mesmos possa ser de acesso rápido no serviço. Nesta planilha, serão incluídos todos os dados do doador a partir do preenchimento de uma ficha de identificação pelos funcionários da recepção na primeira doação, os quais deverão atualizar os dados dos doadores sempre que os mesmos comparecerem ao Hemocentro. Também, sugere-se identificar e cadastrar os potenciais doadores fidelizados em uma planilha eletrônica que poderá ser produzida pela TI para mapeamento e monitoramento dos mesmos até que se tornem fidelizados. A equipe de captação deverá ser motivada para que promova campanhas de conscientização sobre a importância de manter doadores fidelizados, bem como deverá ser incentivada a divulgação de informações junto às pessoas menos propensas à doação, como, por exemplo, o grupo das mulheres. Para isso, deverão ser providenciados folders educativos para serem distribuídos em locais como universidades e empresas de Pelotas e na região atendida pelo Hemocentro, bem como poderá ser solicitado às empresas de ônibus do município a colocação de adesivos nas janelas dos coletivos a respeito da importância de tornar-se um doador de sangue fidelizado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho não foi implantado no referido serviço até o presente momento em decorrência da finalização do contrato de trabalho com a instituição. Entretanto, o mesmo poderá ser colocado em prática por qualquer um dos profissionais que lá atua. Acredita-se que o identificar o perfil dos potenciais doadores dever-se-á incentivá-los a tornarem-se fidelizados, pois 20% de doadores fidelizados poderá garantir, pelo menos, 50% do volume necessário para atender a demanda do Hemocentro e região.

4. CONCLUSÕES

Diante do exposto, destaca-se a relevância de implementar o Programa de Doação de Sangue Fidelizada no Hemocentro Regional de Pelotas/RS. Para isso, salienta-se a necessidade de organizar uma forma de cadastramento e monitoramento, pois na instituição referida não há como identificar quais são os doadores fidelizados.

Além disso, observa-se que é de suma importância a intensificação de campanhas em todo o município e região atendida pela instituição, no sentido de conscientizar a população sobre a importância do ato de doar sangue. Assim, para que o objetivo possa ser alcançado, acredita-se que a partir da divulgação de informações mais claras sobre o processo de doação de sangue e, especialmente sobre os benefícios que uma doação proporciona a quem recebe o sangue, poderá estimular, pelo menos, 20% da população potencialmente doadora no Hemocentro a manterem-se como doadores fidelizados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Campanha Nacional de Doação de Sangue: "Doe vida. Doe sangue"**, 2015. Acessado em 03 ago. 2017. Online. Disponível em: http://www.brasilbolivia.com.br/doe_vida_doe_sangue.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. **Informativo COSAH 1998a (1): 4-6.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. **Meta Mobilizadora Nacional: sangue: 100% com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003.** Brasília: Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue; 1998b. Acessado em 03 ago. 2017. Online. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_sangue.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. **Fazendo a diferença: captando doadores de sangue voluntários, não remunerados.** Brasília; 2015.

THOMAS, M.L. Sangue. In: SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.33 p.917-991.

Eixo 2: Perspectivas inovadoras de abordagem no trabalho de campo

GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DIMENSÃO TECNOLÓGICA NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA

ADRIANE CALVETTI DE MEDEIROS¹; HEDI CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA²; AURÉLIA DANDA SAMPAIO³; MARA REGINA BERGMANN THUROW⁴; VANESSA SOARES MENDES PEDROSO⁵; GUSTAVO BAADE DE ANDRADE⁶

1Universidade Federal de Pelotas, 2. Universidade Federal do Rio Grande, 3. Faculdade Anhanguera Pelotas, 4. Universidade Federal do Rio Grande, 5. Universidade Federal do Rio Grande, 6. Universidade Federal do Rio Grande

INTRODUÇÃO

A compreensão do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como um todo, exige dos profissionais de enfermagem uma prática competente, consciente e responsável como possibilidade de congregar novas tecnologias, visando o bem-estar, o uso racional dos recursos tecnológicos, a qualidade de vida do ser humano e da coletividade, a busca do equilíbrio/sustentabilidade de todos os elementos participantes dessa totalidade (MEDEIROS ET AL, 2016).

Desta forma, a tecnologia não pode ser vista apenas como um produto, mas como um processo, que consiste em conhecimentos e instrumentos interligados e complementares entre si, possibilitando contribuições diretas na qualidade, efetividade e segurança do cuidado de enfermagem. Como um processo envolve diferentes saberes, habilidades, técnicas, recursos físicos, materiais e humanos, entre outros, com o objetivo de aumentar a eficiência do fazer nas mais variadas esferas (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010; SALVADOR et al., 2012).

Nesta perspectiva, o constructo ecossistêmico pode ser apreendido como um espaço/ambiente formado de organismos/elementos – bióticos/sociais e abióticos/físicos, cujos componentes são interdependentes, interagem entre si e influenciam-se mutuamente (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009). A dimensão ecossistêmica, remete à ideia de um conjunto de sistemas, cada um com seu aspecto de totalidade, interagindo numa rede dinâmica de inter-relações, cooperação, circularidade, influências mútuas, entre outros princípios capazes de manter o seu equilíbrio dinâmico e auto-organização (CAPRA, LUISI, 2014; PRIGOGINE, 2011). Sob o olhar ecossistêmico, o ser humano é um dos elementos que integra este sistema interativo/relacional do espaço/ambiente da UTI.

Com base nestas questões, o presente estudo tem como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão tecnológica na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva ecossistêmica.

METODOLOGIA

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde, em relação a UTI, teve por finalidade identificar a existência de princípios

teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão: Ser documento/arquivo oficial do MS no período de 1998 a 2013; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *online* na Rede Mundial de computadores. Justifica-se a opção do período de 1998 a 2013 por contemplar as mais recentes definições oficiais referentes ao tema.

Na composição deste estudo, como recorte da Tese, foi utilizado o Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente (BRASIL, 2010).

A análise documental, propriamente dita, foi abordada em três etapas: Primeira etapa – análise crítica do documento, sobre a qual fundamenta-se as cinco dimensões descritas por Cellard (2008) - 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos; 3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª Dimensão – Natureza do texto; 5ª Dimensão - Conceitos-chave e a lógica interna do texto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com ênfase na dimensão tecnológica se configura em diversas formas de aplicação do conhecimento à resolução e/ou redução dos problemas de saúde dos usuários, à medida em que estes necessitam de condições de atendimento adequado às demandas do processo saúde-doença-cuidado, conforme um dos pontos evidenciados no documento:

Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis (D6).

Para tanto, na organização do trabalho dos enfermeiros na UTI, é necessário contemplar a racionalização dos recursos tecnológicos e a implantação de diferentes iniciativas de qualidade, que precisam estar articuladas às políticas públicas aptas a redimensionar as ações de enfermagem e/ou mesmo solucionar problemas que emergem durante o processo de trabalho.

Nesse sentido, a gestão no cuidado de enfermagem na UTI tem como desafio, conforme identificado nos fragmentos:

Buscar a instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos (D6).

Orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde (D6).

Maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade (D6).

Dessa forma, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e sua inter-relação com a dimensão tecnológica é capaz de subsidiar o planejamento do cuidado, implementar intervenções adequadas e, por fim, avaliar os resultados obtidos. Para tanto, conforme os fragmentos, é necessário:

Promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde (D6).

Utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão (D6).

Assim, entende-se que a tecnologia em enfermagem, como resultado do processo assistencial, envolve um conjunto de ações, que tem como finalidade suprir as necessidades dos usuários nos cuidados em saúde. Dessa forma, considera-se que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI possibilita o planejamento e a tomada de decisão, no uso e aplicação dessas tecnologias, em favor da eficiência, racionalidade e melhoria da qualidade do cuidado. Além disso, a tecnologia interativa e relacional possibilita a criação de novas formas de cuidar, utilizando-se da intencionalidade, criatividade, sensibilidade e humanização das práticas.

CONCLUSÕES

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, essas tecnologias integram as ações/atividades do cuidado, relacionadas às interações entre os profissionais/trabalhadores da saúde, o usuário e familiares, expressas por meio das relações interpessoais. Nessa concepção, a interação influencia e sofre influências relacionais, pois, nesse processo, estão presentes os sentimentos, as emoções, as crenças e os valores dos sujeitos. Assim, na perspectiva ecossistêmica é possível entender que as tecnologias em enfermagem são relacionais e dinâmicas, necessitando preservar os elementos éticos, sensíveis e solidários no processo de trabalho em saúde, com enfoque nas múltiplas dimensões do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. MEDEIROS, A. C. ET AL. **Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit**. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):816-822.
2. SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto contexto - enferm**. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 3 agosto 2017]. 19:372-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>.
3. SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.30, n.4, p. 750-754, dez. 2009.
4. CAPRA, F.; LUISI, P.L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.
5. PRIGOGINE I. **O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza**. São Paulo: UNESP; 2011.

6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf >. Acesso em : 20 de mar. 2011.

7. CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

A TERAPIA DA DANÇA COMO POTENCIALIZADORA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

SIDIANE TEIXEIRA RODRIGUES¹; JULIANA MARQUES WEYKAMP²;
DÁPINE NEVES DA SILVA³; VANESSA SOARES MENDES PEDROSO⁴;
LAURA FONTOURA PERIM⁵; DIANA CECAGNO⁶; HEDI CRECENCIA
HEKCLER DE SIQUEIRA⁷.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Enfermeira da estratégia de saúde da família na Prefeitura Municipal de Santa Vitória do Palmar. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). – e-mail: sidiane.enf@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem -FURG. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). Bolsista CAPES. – e-mail: julianaweykamp@gmail.com

³ Enfermeira. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e tratamento de Lesões Cutâneas (GEPTELC). – e-mail: dapine.silva@bol.com.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - FURG. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). Bolsista CAPES. – e-mail: vanessasoaresmendes@gmail.com

⁵ Enfermeira. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). – e-mail: lauraferim@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. FEN/UFPEL. Membro do grupo de Pesquisa GEES.

⁷ Enfermeira e Administradora hospitalar. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente Emérita da FURG. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES/CNPq). – e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que no ano de 2060, o número de idosos chegue à 75,1 milhões, representando 32,9% dos brasileiros (ALVES, 2014). Concomitante ao aumento da população idosa e ao perfil epidemiológico, percebe-se uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que acomete a população idosa em 85% dos casos (SANTOS, PAVARINI, 2010).

Diante desta contextualização, ações educativas, reintegrativas e promocionais, tornam-se indispensáveis na redução das condições patológicas inerentes, bem como, a busca da reintegração da terceira idade às suas atividades cotidianas, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Para que isso seja efetivo é necessário investir na qualificação profissional, visando oportunizar melhoria na qualidade de assistência ao usuário.

Numa tentativa de resgatar a qualidade de vida a terceira idade, várias atividades podem ser exercidas, dentre elas destaca-se a dança, fonte de comunicação, interação social/afetiva/emocional e expressão corporal. Segundo Hass e Garcia (2006), ela é entendida como uma expressão gestual e facial por meio de movimentos corporais capazes de expressar emoções sentidas a se expressam por emoções sentidas a partir de determinado estado de espírito.

Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de uma enfermeira a cerca da utilização da dança como cuidado junto a um

Grupo de Hipertensos e Diabéticos(HIPERDIA), usuários de uma Unidade Básica de Saúde(UBS) no extremo sul do País.

2. METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência de uma enfermeira a cerca da utilização da dança como cuidado junto a um Grupo de Hipertensos e Diabéticos(HIPERDIA), usuários de uma Unidade Básica de Saúde(UBS) no extremo sul do País.A vivência transcorreu no período junho a julho de 2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta de intervenção por meio da dança emergiu na tentativa de ofertar atividades alternativas e motivadoras aos integrantes do grupo de HIPERDIA. O plano foi apresentado pela enfermeira da UBS à 27 usuários, destes, 22 aceitaram participar, 20 mulheres e 02 homens. Destaca-se a inclusão de uma participante com *deficit* da acuidade visual severo e a desistência de um dos participantes do sexo masculino, totalizando 21 integrantes com média de idade de 56,79 anos.

As atividades foram conduzidas pela enfermeira e uma instrutora de dança, com duração de 01 hora e 30 minutos cada, três vezes por semana no período de dois meses, totalizando 12 encontros, 18 horas de intervenção. Todos os dados foram registrados em uma planilha.

Cada encontro foi planejado da seguinte forma: 30 minutos destinados a aferição da pressão arterial, avaliação antropométrica e ausculta do usuário; 05 minutos de aquecimento; 50 minutos de dança, (alternando ritmos lentos e rápidos e coreografias de menor e maior impacto), sempre respeitando os limites de cada participante; para finalizar foi proposto 05 minutos de alongamento e relaxamento. Os materiais utilizados foram: esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, balança digital, hemoglicoteste, fitas para hemoglicotestes, aparelho de som e cadeiras dispostas na sala principal da associação de moradores locais.

Ao longo das atividades constatou-se o aumento de interesse da comunidade em geral de se integrar ao “grupo de dança”, no entanto, não houve a inclusão de novos integrantes. Em se tratando especificamente dos participantes, pode-se observar adesão de maneira assídua, aumento de vínculo e interação social, elevação da auto-estima e maior disposição para as atividades cotidianas. Ao analisar a planilha com os dados das ações evidenciou-se diminuição significativa dos índices hipertensivos e glicêmicos, bem como, a redução da busca aos serviços de saúde por parte dos participantes.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a dança pode ser considerada uma forma de cuidar junto a grupos, neste caso, HIPERDIA. Isto por que, por meio deste experiência, pode-se observar melhoria na qualidade de vida dos participantes.

Ainda, esta experiência possibilitou, aos participantes, compreender melhor que o ato de cuidar vai além da medicalização. Atividades integrativas e

complementares oportunizam olhar o ser humano na sua totalidade, valorizando e trabalhando suas potencialidades para o enfrentamento das adversidades cotidianas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J.E.D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, n. 40, ano IV, p. 8-15, mar./ abr./maio 2014.

SANTOS, A. A. dos; PAVARINI, S.C.L. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 115-122, mar. 2010.

Galisteu KJ, Facundim SD, Ribeiro RCHM, Soler ZASG. Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arq. Ciência Saúde**. 2006;13(4):209-14.

HASS, A. N.;GARCIA, A. **Ritmo e dança**. Canoas. Ed. ULBRA, 2006.

A UTILIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO NO CAMPO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GUILHERME EMANUEL WEISS PINHEIRO¹; MARCELO SCHENK DE AZAMBUJA²; ANDREA WANDER BONAMIGO³

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas (UFPeI) – enfermeiro.quipinheiro@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (PPGEnSau/UFCSPA) – marcelos@ufcspa.edu.br

³Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (PPGEnSau/UFCSPA) – andreawb@ufcspa.edu.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Ao avaliar a realidade dos serviços de saúde do país, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), questionou os profissionais sobre a existência de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) na Atenção Primária à Saúde (APS), revelando que 81,1% dos municípios apresentaram alguma experiência de EPS (PINTO *et al*, 2014). Essa realidade nos auxilia na compreensão da dimensão do tema EPS, dado que mais de catorze mil equipes da ESF do país relatam vivenciar alguma atividade educativa em seu cotidiano. A partir dessa realidade entendemos a EPS como um processo educativo que se dá no cotidiano do trabalho em saúde e apresenta uma ligação entre educação/trabalho/cidadania através de uma política de educação e saúde, reforçando a ligação política entre saúde e educação (CECCIM; FERLA, 2009).

Isto posto, apresentamos uma proposta diferenciada no que diz respeito a construção do conhecimento coletivo, que coloca os atores na gestão do trabalho em saúde, através da EPS. Logo, este trabalho tem como objetivo apresentar a utilização da pesquisa-ação no campo da EPS na APS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado, uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa. Para facilitar a compreensão do processo de EPS a pesquisa-ação buscou respostas e alternativas para a consolidação de práticas educativas no processo de trabalho das equipes de saúde. Dessa maneira, a pesquisa-ação é um método de pesquisa não-convencional que busca a intervenção, o desenvolvimento e a mudança, prevendo a interação entre o pesquisador e os atores envolvidos (GIL, 2010). As decisões no campo da pesquisa são sempre coletivas (THIOLLENT, 2011).

A pesquisa-ação constitui-se de diferentes formas e fases, sendo apresentadas três fundamentais: a identificação do problema e contratualização/discussão; o planejamento da ação; e a teorização, avaliação e publicação dos resultados (BARBIER, 2007).

Os dados foram gerados em 2016, no Município de Arvorezinha, com 40 profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente foram respondidos

questionários autoaplicáveis, seguindo o processo foram realizados cinco encontros em formato de seminários. No primeiro foi realizada a identificação do problema/situação e a contratualização da pesquisa-ação, no segundo foi dedicado ao planejamento da ação e no terceiro, quarto e quinto foram dedicados à avaliação das ações. Os dados sofreram análise temática de Minayo (2014).

Os procedimentos éticos foram respeitados, os profissionais passaram pelo Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, o projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, sob número 1.459.159, CAAE: 53113816.7.0000.5345.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa-ação foi realizada de forma colaborativa entre os atores desse estudo, gerando dados importantes para o processo de consolidação da EPS e promovendo mudanças significativas na organização dos processos educativos. A partir desse enfoque, a problematização sobre a realidade vivenciada serviram como suporte de potencialização da experiência e como elementos potencializadores no cotidiano.

Dessa forma, foram elencadas como facilidades: o espaço físico e formal que é dedicado para o desenvolvimento da EPS; a atuação do NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, que é um grupo que organiza e atua na condução dos processos de EPS; e a utilização de metodologias ativas na EPS. Já como dificuldades afirmam que as demandas do dia a dia, dificultam a participação na EPS. E como propostas sugerem a ampliação do NUMESC, a participação de todos os profissionais na EPS e a construção de um projeto de intervenção.

O projeto de intervenção foi operacionalizado e após aplicados procedimentos de avaliação individuais e coletivos. Após a realização de todas as etapas desta investigação foi criada a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, a qual garante a implementação do NUMESC, seu funcionamento, sua estrutura, os profissionais e garante a instituição das fases e prerrogativas da EPS elencadas por esta pesquisa-ação.

4. CONCLUSÕES

Toda a vivência da pesquisa-ação nos faz refletir sobre a gestão no contexto da APS que, para Rovere (1994), a EPS se dá em um espaço possível de reflexão e intervenção sobre a realidade dos serviços de saúde, gerando processos de gestão sobre ela, pois a EPS se dá através de processos educativos no trabalho, para o trabalho e pelo trabalho. Assim, a intervenção, a mobilização, a circulação e a produção de conhecimentos, tecnologias e sentimentos, se dá estreitando a relação de saber e poder, reforçando a ligação entre a técnica e a política. Assim, essa pesquisa-ação colaborou e viabilizou que esses preceitos fossem fomentados no seu desenvolvimento e permanecendo pulsantes nesse contexto, uma vez que a política pública foi instituída e precisa se manter enquanto ferramenta de transformação da realidade local.

Enfim, a pesquisa-ação torna-se essa ferramenta de transformação que, aliada aos processos educativos, produz frutos como os apresentados nesse

contexto, colaborando de diferentes formas com os níveis de atenção, gestão, processo de trabalho e EPS.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília (DF): Liber Editora, 2007.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ªed. Atlas, São Paulo, 2010.

ROVERE, M. R. Gestion estrategica de la educacion permanente en salud. In: HADDAD, J. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1994.

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

PINTO, H. A.; FERLA; A. A.; CECCIM, R. B; FLORÊNCIO, A. R.; MATOS, I. B.; BARBOSA, M. G.; STÉDILE, N. L. R.; ZORTEA, A. P. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, out, 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18ed. São Paulo: Cortez, 2011.

A PESQUISA E O TRABALHO NA ENFERMAGEM

LAURA FONTOURA PERIM⁵; JULIANE SCARTON⁶; SAUL FERRAZ DE PAULA⁷; JEFERSON VENTURA⁸; HEDI CRECENCIA HECKLER DE SIQUEIRA⁹; SIDIANE TEIXEIRA RODRIGUES¹⁰.

¹Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões 1 – lauraferim@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande – juliscarton10@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande – saul.ferraz@hotmail.com⁴ Universidade Federal do Rio Grande – enf.jefersonv@gmail.com⁵ Universidade Federal do Rio Grande – ⁶ Universidade Federal do Rio Grande – sidiane.enf@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Para alavancar a ciência se faz necessário a ampla divulgação do conhecimento provenientes das investigações científicas. A pesquisa permite fundir o achado científico de opiniões e ideias, possibilita descrever o conhecimento no seu estado atual e promove o impacto de seu resultado sobre a prática profissional¹.

Neste sentido, a pesquisa em enfermagem possibilita transformar o contexto teórico-filosófico da profissão pois, seu objetivo é desenvolver, por meio de evidências científicas, resultados de um fenômeno ou uma relação particular¹. Assim, também, pode ser compreendida como o conjunto de conhecimentos, tecnologias e inovações produzidas que aplicadas em ações do cuidado/trabalho resultam em melhorias na saúde da população².

Como prática de trabalho, a enfermagem presta o cuidado e o bem estar à população, desempenhando ações: assistenciais, de ensino, gerenciamento e pesquisa. As atividades na prestação do trabalho em enfermagem ao ser humano, envolvem aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, que necessitam acompanhar os avanços tecnológicos constantes que produzem mudanças na área da saúde e exigem atualização do conhecimento.

A conexão entre a pesquisa e o trabalho de enfermagem é aproximar a profissão com suas habilidades técnico/científicas e aprender com a prática social e o campo atuante da profissão. Assim este trabalho objetivou refletir a pesquisa como meio de qualificar o trabalho de enfermagem, refletindo sobre a aproximação dos estudos científicos com os campos de atuação da enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de reflexão teórica, realizado nos meses de junho e julho de 2017, oriundo das discussões e questionamentos realizadas entre

pesquisadores e profissionais de enfermagem, em um grupo de pesquisa, a respeito da importância da articulação entre a pesquisa e o trabalho de enfermagem. Para atender o objetivo proposto pelo estudo, adota-se uma abordagem metodológica teórico-conceitual fundamentada em leituras acerca do tema em estudo. Inicialmente foram selecionados os textos para leitura.

Seguiu-se a leitura crítica-analítica intensa dos textos com a finalidade de selecionar os aspectos e as abordagens de maior significância quanto aos conceitos e sua aderência e inter-relação da pesquisa e do trabalho em enfermagem. As leituras levaram ao aprofundamento da temática, a apreensão das ideias apresentadas pelo autores e auxiliaram direcioná-la ao encontro do objetivo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa na área de conhecimento da enfermagem está evoluindo ao longo dos anos, tanto no que se refere a publicações, como no incremento de oferta de Programas de Pós-graduação. Nas últimas décadas, as iniciativas para o desenvolvimento da pesquisa têm-se multiplicado com o objetivo principal de qualificar a prestação da assistência criando, implementando e utilizando a redes de cuidado e ampliando a produção do conhecimento em saúde³.

Na evolução da produção científica na área da saúde, a criação do curso de Mestrado, a partir da década de 70, impulsionou o crescimento das questões de pesquisa, e posteriormente com o Doutorado em meados da década de 80, concretizou a formação de pesquisadores, enfermeiros, críticos e analíticos nas questões sociais em saúde.

Nesse ínterim, a enfermagem brasileira, ao longo da sua história, enquanto ciência, busca maior reconhecimento profissional por meio da produção do saber e do seu trabalho.. A pesquisa elaborada com a finalidade de construir transformações, inovações tecnológicas e avanços no processo saúde e doença da população, possibilita uma melhor qualidade no processo saúde-doença-cuidado². Como prática de trabalho, a enfermagem presta o cuidado e o bem estar à população, desempenhando ações: assistenciais, ensino, gerenciamento e pesquisa. As atividades na prestação do trabalho em enfermagem ao ser humano envolvem aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, que necessitam acompanhar os avanços tecnológicos constantes que produzem mudanças na área da saúde e exigem atualização do conhecimento.

A atualização do conhecimento se processa de diversas formas, mas a pesquisa apresenta-se de maneira significativa para conhecer a realidade em que o usuário está inserido. Ela possibilita conhecer as reais necessidades de um grupo em questão e, assim, programar e executar, por meio do trabalho em enfermagem, ações de cuidado que permitam promover, manter e/ou recuperar a saúde do indivíduo que é cuidado.

Assim, o trabalho da enfermagem necessita da pesquisa para atuar de maneira coerente e objetiva, tomando por base as necessidades do usuário detectadas pela investigação. Portanto, a pesquisa para produzir efeitos benéficos no cuidado, precisa apoiar-se nas ações do trabalho desenvolvidas pela enfermagem, pois existe uma relação inevitável entre ambos, e uma coexistência mútua.

Esses aspectos de inter-relação, intrínsecos à pesquisa e ao trabalho, encontram, atualmente, grande apreço pelos pesquisadores. Seus resultados inserem-se no expoente da valorização profissional, expressos pelo aumento da produção científica que contribui para a melhoria do trabalho da enfermagem.

4. CONCLUSÕES

A inter-relação entre a pesquisa e o trabalho de enfermagem possibilita qualificar o cuidado em saúde, melhorar a assistência o ensino e a pesquisa. É necessária a aproximação do pesquisador ao meio a ser pesquisado e explorar campos ainda pouco trabalhados, como, estilo de vida e bem estar, meio ambiente e saúde, tecnologias, espaços de cuidados domiciliares, hospital dia e cuidados paliativos.

A pesquisa em enfermagem tem a capacidade de alterar o contexto filosófico e teórico da profissão, uma vez que seu principal objetivo é criticar, refinar e desenvolver, com consistência teórica, os resultados das pesquisas. O produto da pesquisa é utilizado no aperfeiçoamento da prática profissional qualificando, principalmente, a assistência em saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FORTUNA, C.M; MISHIMA, S.M. A pesquisa de enfermagem e a qualificação da assistência: algumas reflexões. **Ver. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 oct/dec; 14 (4): 740-2.

FRIEDLANDER, M.R.; ROMAN, A.R. Revisão Integrativa de Pesquisa Aplicada a Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez, 1998.

GERMANO, R.M. A pesquisa e os dilemas éticos do trabalho da Enfermagem **Rev Bras Enferm.**, v. 66(esp), p. 76-9, 2013.

UTILIZAÇÃO DO MANEJO DE CONTINGÊNCIAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS

CRISTINA ELISA NOBRE SCHIAVI¹; MÁRCIO SILVEIRA DA SILVA²

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cris_schiavi@hotmail.com

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre – marcsilva@hcpa.edu.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Manejo de Contingências (MC) é uma técnica, baseada na teoria comportamental, que utiliza incentivos motivacionais como forma de reforçar atitudes positivas. Essa estratégia aplica-se no tratamento da dependência química ao estimular a mudança para comportamentos benéficos aos pacientes, como por exemplo, a abstinência (HIGGINS, 1999). Na unidade estudada, foram incorporados reforçadores no programa de tratamento, em que, a partir do cumprimento de regras de convivência e participação nas atividades propostas, os pacientes recebem pontuações, que posteriormente podem ser convertidas em gratificações e bonificações de suas preferências. Ressalta-se que os pacientes enfrentam diversos problemas e obstáculos nos ambientes de tratamento, que vão além da desintoxicação, evidenciando dificuldades comportamentais, sociais, e vulnerabilidades em geral. A partir dessa perspectiva, são ofertados programas de tratamento diversificados, que possam modificar ou reestruturar fatores nocivos da vida do indivíduo, e sobretudo, que promovam significado nos planos terapêuticos singulares. Diante disso, o objetivo deste estudo é problematizar sobre a utilização do manejo de contingências, como técnica complementar a uma série de intervenções terapêuticas, em um programa de tratamento de dependência química, sob a ótica dos profissionais da unidade em questão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, com caráter exploratório-descritivo, sendo um recorte de dissertação de mestrado. O cenário da pesquisa foi uma unidade de internação em adição, que dispõe de 20 leitos para pacientes do sexo masculino, em que predominam problemas relacionados ao álcool, crack e outras drogas. O programa de tratamento ofertado utilizou-se de conceitos teóricos norteadores das práticas clínicas, nos quais inclui-se o Manejo de Contingências. Os participantes do estudo foram 10 profissionais contratados, participantes das equipes assistenciais, escolhidos por conveniência, considerando o desenvolvimento de atividades junto aos pacientes, em atendimentos individuais e/ou grupais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas de forma literal. As transcrições foram categorizadas a partir do software NVivo, codificando as palavras mais frequentes entre as categorias estudadas. Neste recorte, será apresentada a categoria “dependência química” que emergiu do seguinte questionamento: O que você acha destas técnicas em relação ao tratamento da dependência química? Para a análise dos dados obtidos adotou-se a análise de conteúdo proposta por Minayo (2006). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em questão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que, conforme os profissionais entrevistados verbalizavam sobre o manejo de contingências e sua aplicação no tratamento da dependência química, citaram com maior frequência as palavras “droga”, “*gratificação*” e “*vida*”. Ao mencionarem “droga” em suas falas, em geral, remetem para as situações de uso, buscando sentidos e alternativas benéficas aos pacientes. Reconhecem a intensidade e o poder que estão relacionados ao uso de substâncias, de modo que o uso da droga ocorre em busca de uma recompensa ou sentido subjetivo. Nessa perspectiva, os profissionais entendem a aplicação do MC no tratamento como forma de proporcionar o atendimento dessa gratificação de outras maneiras, que não pela droga, recompensando a atitude do paciente de não usá-la. Petry, Alessi e Rash (2013) acrescentam que os efeitos do MC se estendem além do seu impacto nos comportamentos de consumo de drogas e do período em que as recompensas estão em vigor, destacando que a implementação do manejo de contingências melhora o funcionamento psiquiátrico dos pacientes e auxilia na redução dos custos dos cuidados de saúde. O sentido atribuído pelos profissionais quando verbalizam a palavra “gratificação” durante as entrevistas está relacionado a uma resignificação das experiências recompensadoras, independente da intensidade, incluindo o próprio uso de drogas, considerando a singularidade dos sujeitos. Essa resignificação surge quando o paciente vai conseguindo se reconhecer sem o uso, e começa a descobrir que pode ter outras gratificações na vida que não estejam relacionadas a droga, podendo investir em outras situações que lhe proporcionem prazer e satisfação. Prendergast et al (2006) afirmam que o uso dessa técnica é capaz de estabelecer e manter a abstinência mesmo em dependências químicas graves, possibilitando também aos pacientes o desenvolvimento de habilidades psicossociais, e assim prolongando o período de abstinência e contribuindo para uma mudança no estilo de vida. Quando os entrevistados apontam a palavra “vida”, remetem aos cuidados que a equipe deve atentar para melhor adaptação das técnicas do MC ao contexto dos indivíduos, considerando seu cotidiano, funcionamento e significados subjetivos. Autores corroboram com essa perspectiva ao trazerem em seus estudos que a dependência química possui características multidimensionais, implicando em abordagens terapêuticas que considerem a singularidade do paciente, sua cultura e contexto de vida, atendendo a todas as áreas afetadas, devendo ser estruturadas de modo que, quando pertinentes, possam ser reformuladas conforme as necessidades dos sujeitos (PINHO; OLIVEIRA ALMEIDA, 2008).

4. CONCLUSÕES

Diante do exposto, o manejo de contingências apresenta-se como uma potente ferramenta no tratamento da dependência química, uma vez que apresenta custos reduzidos de implantação e treinamento das equipes. Também promove um ambiente fortemente integrado e focado no programa de tratamento entre pacientes e profissionais, especialmente no contexto de internação, podendo ser associada a outras práticas terapêuticas, voltadas

para as diferentes fases da recuperação, na garantia da abstinência e qualidade de vida dos pacientes. Ademais, torna-se evidente a sua importância enquanto estratégia de motivação, adesão e retenção dos pacientes em tratamento, assim como essencial para a manutenção da saúde dos mesmos, oportunizando novos sentidos e percepções em relação ao processo de uso de drogas e sua abstinência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HIGGINS, ST; PETRY, NM. Contingency management: incentives for sobriety. **Alcohol Research & Health**, v. 23, n.2, p. 122-127, 1999.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

PETRY, NM; ALESSI, SM; RASH, CJ. Contingency management treatments decrease psychiatric symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 81, n. 5, p. 926-931, oct. 2013.

PINHO, PH; OLIVEIRA, MA; ALMEIDA, MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2008.

PRENDERGAST, M et al. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, v. 101, n. 11, p. 1546-1560, nov. 2006.

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: NOVAS PERSPECTIVAS E AÇÕES
PROGRAMÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE ESCOLARES**

FRANCIELLE BENDLIN ANTUNES¹; JULIANA AMARAL ROCKEMBACH²

¹Universidade Federal de Pelotas – franbendlin@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – ju.rockembach@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação, instituído em 05 de dezembro de 2007 pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, na perspectiva da atenção integral e inovadora à saúde de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino. (BRASIL, 2011).

O PSE visa valores da promoção da saúde por abordar princípios da integralidade, equidade, participação social, empoderamento, autonomia, sustentabilidade e intersetorialidade. O espaço escolar é rico e produtivo para que sejam desenvolvidas atividades de educação e promoção da saúde. (WESTPHAL, 2006).

Para que o PSE tenha êxito é necessária a intersetorialidade entre saúde e educação, unindo pesquisa, teoria e prática expressando um processo de aprendizagem e determinação dos atores, que deve se reverter em uma gestão e prática integrada, com capacidade de responder com eficácia à solução de problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004).

Neste íterim este estudo teve como objetivo realizar intervenções na perspectiva do programa saúde na escola.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, utilizando o método da pesquisa intervenção. Previamente à coleta de dados o projeto foi encaminhado a um comitê de ética em pesquisa, obtendo aprovação sob o parecer número 15/12. Após a aprovação entrou-se em contato com a diretora da escola para realizar as atividades propostas. Foi realizada nos meses de setembro a dezembro no ano de 2014, em uma UBS e em uma Escola de Ensino Fundamental no município de Pelotas. Foram desenvolvidas ações educacionais, avaliações clínicas e capacitações para os profissionais da área da saúde e da educação, sobre temas relevantes que foram abordados junto aos alunos.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação e melhoramento do Programa de Saúde na Escola foi o foco das intervenções já que o programa tinha implantação recente, e eram necessários ajustes para a implantação e organização do trabalho na UBS. O público beneficiado foram estudantes da educação básica, pais dos estudantes, comunidade e profissionais de educação e saúde. Com a intervenção se pode notar a melhoria em relação à ampliação das ações educacionais voltadas para a comunidade adstrita, e consequentemente

aumentando os níveis de saúde por intermédio da prevenção. As ações desenvolvidas neste estudo bem como o período que foram realizadas estão expressas no Quadro abaixo.

Ação	1º mês				2º mês				3º mês			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitar a equipe da UBS sobre o protocolo do PSE.	X											
Capacitar o corpo docente sobre os temas abordados ao longo do ano com os alunos em aulas.	X		X		X		X		X		X	
Capacitar a equipe (profissionais de saúde e docentes) para o preenchimento correto dos documentos de registro	X											
Organizar os recursos disponíveis junto à escola e UBS para o desenvolvimento das atividades.	X					X			X			
Organizar da agenda da UBS dos profissionais envolvidos na promoção da saúde na escola	X											
Reunião com a equipe diretora para apresentar as ações do projeto e definirmos datas possíveis das ações sem prejuízo nas atividades diárias.	X				X				X			
Avaliar registros já existentes na escola alvo sobre o perfil da população frequentadora.	X	X										
Elaborar lista com nome e contato das crianças que faltam as atividades na Escola.				X					X			
Realizar visitas domiciliares para busca ativa das crianças faltosas.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar os registros, para um monitoramento constante das ações.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar junto à equipe da UBS e docentes a necessidade de melhorias e estratégias mais eficazes no projeto.	X			X			X			X		
Promoção da saúde por meio de palestras, dinâmicas e oficinas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação clínica nos educandos da escola alvo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Reunião com os pais sobre as atividades desenvolvidas na escola.			X				X				X	
Desenvolver atividades que envolvam a comunidade para identificar junto a ela as necessidades em relação às crianças, adolescentes e jovens que podem ser trabalhadas na escola				X			X				X	
Confecção das planilhas para monitoramento das atividades desenvolvidas.	X											
Reunião com os professores para identificar o que eles podem fazer no cotidiano para auxiliar na promoção da saúde.	X			X				X				
Monitoramento e avaliação das atividades prestadas.	X		X		X		X		X		X	
Buscar parceria com gestor municipal para garantir material adequado e pessoal (equipe de saúde bucal) para avaliação e atendimento das crianças e adolescentes.	X	X										
Definição de cada membro da equipe para desempenho das atividades tanto na UBS como na escola.	X	X										

3. CONCLUSÕES

Com as ações propostas na intervenção pode-se notar uma organização na implantação do PSE, ampliação da cobertura da atenção da saúde do aluno, melhora na qualidade do serviço oferecido, ampliação das ações, reforço do vínculo entre UBS e escola. A intervenção também trouxe melhorias para a equipe com capacitações, atualizando os funcionários sobre protocolos preconizados pelo ministério da saúde, organizando a equipe. Foi de extrema importância a realização das atividades do PSE como a qualificação do serviço, já que o mesmo não era desenvolvido por falta de conhecimento do programa, planejamento e articulação dentro da equipe.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 635-667.

VÍDEO EDUCATIVO: DOENÇA DE CHAGAS E SEUS VETORES

TANISE FREITAS BIANCHI¹; CIBELE VELLEDA DOS SANTOS²; SABRINA JESKE³; ANA PAULA GRALA⁴; MARCOS MARREIRO VILLELA⁵

¹ Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Parasitologia - tanisebianchi@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Parasitologia - cibele_velleda@yahoo.com.br

³ Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Parasitologia - sabrinajeske@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Parasitologia - anapaulagralla@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Parasitologia - marcosmvillela@bol.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DCH) é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde uma das doenças tropicais mais negligenciadas no mundo, estudos mostram que a população possui pouco conhecimento sobre o assunto, por esse motivo, as medidas de controle do vetor da DCH devem ser reforçadas através de ações de caráter educativo (VILLELA et al., 2009; WHO, 2017). Devido à carência de material audiovisual com esta temática no Rio Grande do Sul (RS) e a importância da moléstia no estado, o objetivo deste estudo foi construir um documentário educativo sobre a DCH e seus vetores.

2. METODOLOGIA

Esse é um estudo do tipo desenvolvimento de tecnologia educativa digital, foi firmada uma colaboração entre pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES/RS) e o Telessaúde-UFRGS para elaboração do vídeo. Cabe informar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer n.º 287.362, e obteve auxílio financeiro do CNPq, o que permitiu emprego de recurso para sua realização (nº processo: 467104/2014/Chamada nº 31/2014, Pesquisa sobre doença de Chagas).

O vídeo foi construído em três etapas de acordo com a metodologia de Kindem & Musburger (2005):

Pré-produção: Se constitui da etapa que visa preparar, planejar e projetar o vídeo. Nessa etapa foi definido o roteiro, com a estrutura da filmagem detalhada.

Produção: Consiste na fase em que foram gravadas as cenas e os áudios (Figura 01), o local escolhido para a filmagem foi a região noroeste do estado do RS, devido a persistência do vetor *Triatoma infestans* nas últimas décadas.

Pós-produção: É a última etapa, na qual se fez a edição e a organização das tomadas gravadas para composição das cenas até finalização do vídeo.



Figura 1-Preparação para filmagem com integrantes do projeto

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse documentário foi produzido com intuito de esclarecer as principais dúvidas da população sobre a DCH e seus vetores, trata-se de uma nova ferramenta para controle da mesma, sobretudo para ser aplicada nas atividades de vigilância e reuniões educativas. Foram capturadas mais de 20 horas de imagens para elaboração do documentário. Após a edição, o vídeo possui duração de 21'31", sendo que o mesmo está disponível livremente na internet (<https://www.youtube.com/watch?v=x7RqdQB7XjA>) e também através de cópias gratuitas em DVD.

O documentário tem início com a descoberta da DCH, após isso, existe elucidação sobre os "barbeiros", seu ciclo de vida, sendo mostradas as principais espécies de triatomíneos capturadas no RS, foram destacados o *T. Rubrovaria*, espécie mais comum no estado, e o *T. Infestans* que é considerado o principal vetor para DCH (BEDIN et al., 2009).

A seguir, tem-se o acompanhamento de uma equipe de vigilância em saúde, que mostra de que maneira é realizada a vistoria no interior das residências e no peridomicílio (Figura 02) e também como identificar os vestígios deixados pelos "barbeiros". Para tanto, é chamada atenção aos principais locais de encontro dos triatomíneos, sendo filmada a busca em galinheiros, ninhos de animais, pedras, interior das residências, dentre outros (OLIVEIRA-LIMA et al., 2000).

Depois da abordagem no campo, foram tratadas as formas de transmissão e a epidemiologia da doença. Escolheu-se por citar os diversos modos de transmissão da DCH, além da vetorial, como a via oral, via congênita e a via transfusional (hoje menos comum em virtude do maior controle dos bancos de sangue), todas são relevantes no que tange a parasitose nas últimas décadas, posto que os inquéritos sorológicos apontam para a virtual inexistência de transmissão da doença por via vetorial no Brasil em anos recentes (OSTERMAYER et al., 2011).

As complicações da DCH e suas fases também foram discutidas, sendo relatadas as principais alterações cardíacas e digestivas, com ênfase para a cardiopatia chagásica (RASSI & MARIN, 2010). O vídeo termina salientando

que a vigilância dos vetores da DCH é fundamental e que a participação de toda comunidade é importante no controle.

O filme já está sendo exibido para a população através de reuniões com a comunidade, escolas, Unidades Básicas de Saúde e nos treinamentos dos novos agentes de saúde.



Figura 2-(A) Vistoria no interior da residência (intradomiciliar) pelo agente de vigilância em saúde (B) Vistoria dos anexos da residência (peridomiciliar) pelo agente de vigilância em saúde

4. CONCLUSÕES

O emprego de vídeos como instrumento educativo colabora com a construção de conhecimentos, pois as informações contidas nesse meio audiovisual alcançam a todos sem distinção, assim o presente documentário se constitui de uma ferramenta de utilização pública, que visa auxiliar na promoção do controle/profilaxia da DCH e seus vetores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEDIN C, MELLO F, WILHELMS TS, TORRES MA, ESTIMA C, FERREIRA CF et al. Vigilância Ambiental: Doença de Chagas no Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, v. 11, n.3, p. 1-8, 2009.

KINDEM GA, MUSBURGER RB. **Introduction to Media Production: from analog to digital**. Boston: Focal Press, 2005. 3 ed.

OLIVEIRA-LIMA JW, FARIA FILHO OF, VIEIRA JBF, GADELHA FV, OLIVEIRA FILHO AM. Alterações do peridomicílio e suas implicações para o controle do *Triatoma brasiliensis* Peridomiliary changes and implications for *Triatoma brasiliensis* control. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 75-81 2000.

OSTERMAYER AL, PASSOS ADC, SILVEIRA AC, FERREIRA AW, MACEDO V, PRATA AR. O inquérito nacional de soroprevalência de avaliação do

controle da doença de Chagas no Brasil (2001-2008). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.44, n.2, p. 108-121, 2011.

RASSI A, MARIN-NETO JA. Chagas disease. **The Lancet**, Reino Unido, v. 375, n. 9723, p.1388-1402, 2010.

VILLELA MM, PIMENTA DN, LAMOUNIER PA, DIAS JCP. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p. 1701-1710, 2009.

World Health Organization. **Neglected tropical diseases**. Acessado em 27 mar. 2017. Online. Disponível em:
http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/

VIVÊNCIA NA COLETA DE DADOS EM UMA PESQUISA QUALITATIVA NA REGIÃO DA FRONTEIRA ENTRE O BRASIL E URUGUAI

**CÂNDIDA GARCIA SINOTT SILVEIRA RODRIGUES¹; BEATRIZ
FRANCHINI²; DIOGO HENRIQUE TAVARES³; VITOR OLIVEIRA KIRST;
GUILHERME GARCIA SINOTT SILVEIRA**

¹Universidade Federal de Pelotas – candidasinott@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas- beatrizfranchini@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas- diogoht89@gmail.com

Universidade Federal de Pelotas- vo_kirst@hotmail.com

Universidade Federal de Pelotas- guiga_sinott@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As ações políticas desenvolvidas no Brasil no que tange o consumo de substâncias psicoativas tais como a *Cannabis*, conhecida popularmente como “maconha”, pautam-se na conduta proibicionista, que ilegaliza a produção, venda e consumo desta substância (IPEA, 2017). Associadas às práticas proibicionistas estão à repressão policial ao usuário e ao narcotraficante, o estigma social relacionado ao uso e a inserção do usuário em ambientes socialmente vulneráveis para a aquisição e consumo. Esta realidade brasileira contrasta-se com a de outros países, como o Uruguai que faz fronteira com o Brasil. Neste ambiente fronteiriço Brasil-Uruguai, onde de um lado é permitido a produção, comercialização e consumo, e do outro estas práticas são totalmente proibidas, concretizam-se aspectos socioculturais influenciados por políticas divergentes. Este contexto, permeado por particularidades, torna-se um ambiente rico para o desenvolvimento de estudos que permitam compreender relevantes aspectos à saúde pública. Nesta perspectiva, este visa relatar os desafios para o desenvolvimento da coleta de dados de uma pesquisa qualitativa transversal descritiva realizada com consumidores de substâncias psicoativas na fronteira entre o Brasil e o Uruguai, através da experiência na coleta de dados.

2. METODOLOGIA

Relato de experiência sobre a coleta de dados qualitativos da pesquisa “Identificação de indicadores para o monitoramento e avaliação de impactos da nova política de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e as práticas e consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”, desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPe), com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça (MJ) em parceria com o Ipea. Tal proposta surgiu a partir de uma iniciativa dos governos dos dois países após a aprovação da Lei 19.172 do Uruguai, com o intuito de avaliar possíveis impactos dela advindos. A coleta de dados, deu-se de janeiro a março de 2016, em nove municípios de referência e/ou fazem fronteira Brasil-Uruguai. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória realizada por meio da pesquisa qualitativa com usuários

de drogas e profissionais de saúde em municípios da zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas, observação participante com registro em diário de campo e pesquisa documental. Durante a coleta de dados, foram visitados vários serviços e tentou-se acompanhar a rotina de trabalho de alguns deles, sendo feita a observação participante. Foram visitados centros de atenção psicossocial (Caps) tipo II, Caps álcool e drogas (AD), Caps Infantil, hospitais gerais, unidades básicas de saúde (UBS), estratégias de saúde da família (ESFs), serviços de pronto atendimento, pronto socorro, Serviço de Ambulância Móvel de Urgência (Samu), Centro de Referência em Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e Penitenciárias.

Os participantes do estudo foram subdivididos em dois grandes grupos: profissionais e usuários de substâncias psicoativas. Entre os profissionais, foram convidados a participar todos que exercessem suas funções em algum serviço de saúde, assistência social ou segurança pública que oferecessem algum tipo de atendimento a pessoas usuárias de drogas. Entre os usuários de drogas, foram entrevistados aqueles que estivessem em tratamento nos Caps, os quais eram indicados pelas equipes e pelos convidados a participar. Também foram entrevistados usuários de drogas que não estivessem realizando tratamento, os quais foram abordados na rua, aleatoriamente ou indicados por profissionais. Estes usuários externos aos serviços iam, posteriormente, indicando outras pessoas para as entrevistas, conforme o método bola de neve. Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais (informante-chave) de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (ou a saturação dos dados). Portanto, a bola de neve é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência como uma espécie de rede (Albuquerque, 2009). A pesquisa obteve aprovação da Comissão de Ética do Ipea através do Ofício no 013/2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A efetivação da coleta de dados sofreu forte influência do contexto social e cultural relacionado com o consumo substâncias psicoativas ilegais no Brasil. Dentre os aspectos que dificultaram este processo, estão: a abordagem do usuário sobre a temática, relacionado à ilegalidade do uso, levando ao medo de falar sobre a *Cannabis* por parte do entrevistado, bem como, aos receios dos entrevistadores em abordar as pessoas que são estigmatizadas pelo uso de “drogas”; a falta de vínculo entre entrevistados e entrevistadores, desmotivando a aceitação da participação da entrevista, uma vez que os entrevistadores não faziam parte da comunidade; a execução da entrevista na cena de uso e a variação socioambiental, pois ao longo das entrevistas havia o intenso receio do aparecimento ocasional da polícia, bem como a forte influência da poluição sonora. Todavia, o processo de realização da coleta de dados proporcionou aos entrevistadores da pesquisa a aquisição de um vasto conhecimento acerca das particularidades que tangenciam os contextos socioculturais das pessoas que usam substâncias psicoativas e, ainda, a desconstrução da imagem estigmatizada dos usuários.

4. CONCLUSÕES

O desenvolvimento da coleta de dados que envolvem temáticas sociais ainda pouco exploradas e/ou estigmatizadas torna-se um grande desafio à evolução da pesquisa social científica, exigindo maior preparo e envolvimento dos atores deste contexto. O método bola de neve, embora pertinente, pode trazer forte viés em relação ao perfil dos entrevistados, bem como, ao contexto sociocultural vislumbrado pelos entrevistadores. A existência de uma política proibicionista relacionada à forte coação dos usuários torna-se um fator limitador do acesso a informações fidedignas acerca das questões sociais e de saúde, deste público. A execução da pesquisa revela, embora com singularidades, relevantes informações sobre o contexto ainda pouco estudado. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos com este público utilizando distintos métodos, a fim melhor compreensão da sociedade contemporânea e suas demandas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “respondent-driven sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

IPEA. **O Consumo de Drogas e a Saúde Pública na Zona de Fronteira entre Brasil e Uruguai: Resultados Qualitativos Relatório de Pesquisa.** Rio de Janeiro, 2017. Acessado em 28 de agosto de 2017. Disponível em:

**A ENTRADA NO CAMPO, O ENCONTRO COM OS CENÁRIOS
PSICOTRÓPICOS E A VIVÊNCIA DA COLETA DE DADOS DE UM ESTUDO
QUANTITATIVO**

MICHELE MANDAGARÁ DE OLIVEIRA¹; ALAN TAVARES GARCIA²,
VALÉRIA COIMBRA³, PAOLA DE OLIVEIRA CAMARGO⁴; KARINE
LANGMANTEL SILVEIRA⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – alantavaresgarcia@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas - paolacamargo01@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – kaa_langmantel@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas abusivo necessita ser conhecido, para que de fato seja proposta uma atenção de qualidade aos usuários, aos quais na maior parte das vezes vivem as margens do serviço local de saúde. Esse trabalho objetivou caracterizar o perfil dos usuários de crack do município de Pelotas/RS e os seus padrões de uso.

Diante de todas as interfaces que permeiam o uso abusivo de crack é necessário que se conheça melhor o perfil da população usuária e seu padrão de uso, para que se possa organizar estratégias de enfrentamento dentro e principalmente fora dos serviços de saúde, ou seja, que os profissionais possam estar melhor capacitados para atuar na promoção de saúde dentro do território e da comunidade para que consigam avançar no movimento de incluir no plano de cuidado também os usuários de drogas e álcool (OLIVEIRA, COIMBRA, 2014).

De acordo com a Brasil (2013) os estudos epidemiológicos na área das drogas devem ajudar no diagnóstico do uso de drogas em uma determinada população.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Perfil dos usuários de crack e padrões de uso”. E tem por objetivo relatar o processo de coleta de dados quantitativos nos diferentes territórios.

A população alvo do estudo foi constituída por todos os usuários acompanhados pela Estratégia de Redução de Danos e CAPS AD, residentes no município de Pelotas-RS, durante o período de outubro de 2011 a outubro de 2012.

O projeto foi aprovado sob o nº 301/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Na proposta quantitativa foi utilizado um estudo epidemiológico do tipo transversal, sendo que para coleta de dados foi realizado cálculo de amostra.

Foram utilizados os seguintes questionários validados: CAGE, SRQ e CCQ-Brief.

Enquanto pesquisadoras e pesquisadores imaginávamos que a logística para a coleta de dados de nosso estudo epidemiológico acompanharia o período planejado, mas, foi necessário extrapolar o período previsto para que pudéssemos entrar no campo, encontrar os cenários psicotrópicos e vivenciar a coleta de dados de um estudo quantitativo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foi definido um período de quatro meses para coleta de dados, entretanto, dada a ocorrência de muitas dificuldades no acesso aos usuários (alguns usuários deram aos agentes redutores de danos nomes e endereços que não existiam), o que acabou contribuindo para um aumento significativo no número de meses do grupo em campo para coleta de dados, totalizando 12 meses. As entrevistas foram realizadas por 12 entrevistadores (reduzores de danos e acadêmicos e profissionais de saúde). Os estudantes que participaram como entrevistadores foram selecionados a partir de um processo de seleção, sendo posteriormente treinados em um curso de 40hs, incluindo aplicação de instrumentos. Durante o trabalho de campo os entrevistadores contaram com o suporte de três supervisores de campo.

Assim sendo, há que se ressaltar que durante as oficinas de preparação para a coleta de dados houve sugestões dos redutores de danos para que junto com os usuários de crack também considerássemos os usuários de outras drogas, uma vez que observavam durante o trabalho de campo, que muitos deles, também utilizam outros tipos de substâncias, facilitando, inclusive, o conhecimento a cerca do perfil destes outros usuários, bem como padrão de uso, relações com os serviços de saúde, as principais comorbidades e vulnerabilidades sociais.

O trabalho de campo serviu para estabelecer um conhecimento básico dos circuitos e ambientes frequentados pela população-alvo e também para ajudar a equipe a compreender a organização dos diferentes cenários.

Os usuários da estratégia redução de danos foram acessados por meio de visita ao domicílio. As visitas aos domicílios foram realizadas por um pesquisador e um redutor de danos que fazia a apresentação do pesquisador e explicava os objetivos da pesquisa.

Foi possível organizar um grupo de estudos em crack, álcool e outras drogas que promoveu maior interação entre usuários, profissionais e academia.

O grupo esta se consolidando no cenário da construção do conhecimento na área. É possível observar interessante participação de professores, acadêmicos de diferentes cursos e profissionais da rede, justamente, por compreendermos que por se tratar de um problema multifatorial, necessita de interpretação e cuidado interdisciplinar, apresentando com isso a necessidade de mais estudos sobre a temática e maior envolvimento da sociedade nas discussões e na criação e qualificação de políticas públicas. Sendo assim, a pesquisa teve como impacto o desenvolvimento de mais uma pesquisa quantitativa. Também colaborou para a discussão e conhecimento do perfil dos usuários de crack em Pelotas/RS que proporcionou a compreensão das características e do mundo

desta população vulnerável, e identificando que as questões ligadas a droga estão ligadas profundamente a questões sociais e econômicas. E finalmente contribuiu para a qualificação do ensino através da aplicação dos resultados da pesquisa no ensino de graduação e pós-graduação e para a divulgação dados em revistas de circulação nacional e internacional, congressos e seminários para que possamos repensar as ações das políticas públicas que superem a lógica do combate as drogas excluindo os usuários ou tratando-os como criminosos

4. CONCLUSÕES

Sobre a questão do uso de drogas é necessário que cada vez mais sejam realizadas pesquisas, para que sejam divulgados dados mais fidedignos podendo assim elaborar propostas de prevenção, intervenção, cuidado e proteção da saúde de todas as pessoas, sem nenhum tipo de discriminação e exclusão.

A pesquisa precisa se aproximar das necessidades das pessoas, e para isso, precisa se aproximar das pessoas e das diferentes realidades e contextos sociais, indo ao encontro da população e trabalhando também no sentido de dar voz e vez as pessoas que se encontram em alguns momentos excluídas e estigmatizadas.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2013.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M. **Relatório Final da pesquisa perfil dos usuários de crack e padrões de uso**. Universidade Federal de Pelotas. 2014.

“VIDAS ALHEIAS E RIQUEZAS A SALVAR”: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE BOMBEIROS MILITARES

EDEMILSON PICHEK DOS SANTOS¹; CÍNTIA LETÍCIA NEGREIROS KERSCHNER²; SAMANTA ANDRESA RICHTER³; DAIANE DAL PAI⁴; LIANA LAUTERT⁵ GÍMERSON ERICK FERREIRA⁶

¹Faculdades Integradas de Taquara - edemilson@sou.faccat.br

²Enfermeira pela Faculdades Integradas de Taquara - Cintiakerschner@hotmail.com

³Faculdades Integradas de Taquara - samantarichter@sou.faccat.br

⁴Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - daiane.dalpai@gmail.com

⁵Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - lilabem@gmail.com

⁶Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdades Integradas de Taquara - gimerilsonferreira@faccat.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O bombeiro militar em sua atividade laboral expõe-se a diversas condições que colocam sua vida em risco, uma vez que os mesmos lidam diariamente com situações de risco e estresse, estando suscetíveis a pressões internas decorrentes do trabalho militar, e externas, ao lidarem com expectativas criadas na resolução das atividades laborais. (VICENTE et al., 2013)

Além disso, a atividade destes profissionais insere-se no serviço de urgência e emergência, o que demanda destes trabalhadores aptidão para lidar com situações imprevistas, e resolubilidade para agir de maneira a responder às demandas com eficiência, eficácia e efetividade (CARRETEIRO; BARROS, 2011). Tais condições, para além dos riscos inerentes à profissão, colocam o bombeiro em exposição a danos emocionais e mentais, aguçando as vivências de sofrimento no trabalho, as quais, quando não elaboradas, comprometem a sua saúde. (PIZZINATO et al., 2014).

Por outro lado, a valorização e o reconhecimento presentes, no trabalho destes profissionais ao desenvolverem suas ações junto às vítimas e perante a sociedade, favorece vivências de prazer e de satisfação com o que fazem (COSTA; SANGALETI; SANTOS, 2014). Para Dejours (2011), o trabalho é fonte de vivências de prazer e sofrimento, de modo que a organização do trabalho exerce grande influência nessas vivências. Quando o trabalho favorece a descarga psíquica do sujeito, ele atua como fonte de prazer.

Em meio a tal perspectiva, parte-se do pressuposto de que estes profissionais encontram-se vulneráveis ao sofrimento psíquico em seu trabalho, o que compromete a qualidade de vida no trabalho e repercute no âmbito social e pessoal. Essa realidade sugere a necessidade de intervenções no âmbito da saúde e da enfermagem capazes de interferir na realidade laboral destes profissionais, fazendo-se importante dar visibilidade às questões que perpassam a dinâmica de trabalho dos bombeiros militares. Desta forma, o

estudo teve o objetivo de analisar as vivências de prazer e sofrimento de bombeiros militares.

2. MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, na qual foram realizadas entrevistas com bombeiros militares. A pesquisa foi realizada em uma Corporação de bombeiros militares de um município do Vale do Paranhana, Rio Grande do Sul, Brasil. A amostra de nove participantes foi constituída a partir do método *snowball*, ou amostragem por bola-de-neve, seguindo o percurso proposto por Turato (2003). Para a realização das entrevistas neste estudo, foi adotada a seguinte questão disparadora: “Como você se sente em seu trabalho?”. Demais questionamentos foram realizados a depender de cada situação, conforme condução das entrevistas.

Assim, realizaram-se entrevistas individuais em profundidade com os participantes. Foi realizada a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2014), a qual consistiu em descobrir os núcleos de sentido, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Durante a pesquisa, foram respeitadas as prerrogativas bioéticas, conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução 466/12 CSN/CONEP e da Resolução 510/16, sendo o projeto aprovado em comitê de ética, segundo CAAE (71597417.0.0000.8135).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos deram origem a quatro categorias distintas. A primeira retrata a organização do trabalho do bombeiro militar, em que ficaram evidentes a formação, as escalas de trabalho, hierarquia e a convivência. A organização do trabalho para Dejours é a divisão de tarefas e dos homens, expressos na hierarquia, nas repartições de responsabilidade e nos sistemas de controle (DEJOURS, 2015).

A segunda aborda a valorização e reconhecimento do trabalho, sendo apresentados diversos comentários que suscitam evidências de desvalorização e falta de reconhecimento profissional, o que por vezes é gerador de sofrimento. Também destacam no âmbito dos serviços primários de saúde condições estruturais precárias, trabalhadores desvalorizados e insatisfeitos com as condições laborais em geral, especialmente com a insuficiência de recursos para atender à demanda.

As estratégias para suportar o sofrimento, compuseram a terceira categoria. Nesta, destaca-se a negação ao sofrimento como estratégia adotada por estes profissionais para lidar com este, assim como o apego ao apoio familiar, a fé em Deus, e lazer como meios alternativos para enfrentar as dificuldades vivenciadas diariamente. Embora importantes, por conferirem proteção, as estratégias de defesa apresentam o risco de se transformar em ideologia defensiva, situação na qual os esforços do coletivo se concentram em defender a própria estratégia, visando ocultar uma ansiedade particularmente grave, que pareça ameaçadora para o coletivo, e relegando à defesa do sofrimento (MORAES, 2013).

Por fim, a última categoria aborda os danos físicos e psicossociais, sentimentos de frustração e descontentamento, impotência diante de alguns fatos, sendo fundamental, a escuta clínica como possibilidade de reapropriação da capacidade de pensar criticamente e de agir acerca da realidade destes sujeitos, mediante processo de fala-escuta (MACÊDO et al., 2013)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No exercício de suas atividades os bombeiros militares estão constantemente vulneráveis às mais diversas situações, o que requer enfrentamento de emergências para lidar com imprevistos, e muitas vezes sua própria vida e saúde psíquica é colocada em situações de risco durante sua atuação. Entretanto, embora seja percebida como uma profissão desafiadora, também é considerada apaixonante por estes trabalhadores, de modo que nesta, encontram fontes de prazer. Tal condição mostrou-se relacionada especialmente em ajudar o próximo, sendo este comentário mencionado de forma unânime, ressaltando o amor e dedicação pela profissão em tempo integral.

Assim, no sentido de encontrar meios e estratégias de enfrentamento evitando agravos à saúde do trabalhador, torna-se fundamental que se abra uma possibilidade de continuidade nos estudos deste artigo, pois os profissionais bombeiros militares estão propícios a situações de sobrecarga emocional, pois precisam estar constantemente preparados para qualquer tipo de ocorrência, e nessa dinâmica, vivenciam situações de prazer e sofrimento no trabalho.

Ressalta-se a importância da constituição de espaços de discussão e reflexão sobre as vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais bombeiros militares, os quais possibilitam que o trabalhador seja compreendido em sua totalidade e integralidade, bem como de investimentos em intervenções voltadas à saúde do trabalhador, as quais possibilitem maior compreensão sobre o processo dinâmico de saúde e adoecimento no trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRETEIRO, T.C.O.; BARROS, V.A. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, P.F.; L. A. SOBOLL (Org.).

Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

COSTA, F. D.; SANGALETI, R.; SANTOS, V. E. **Trabalho prescrito, trabalho vivo e mobilização subjetiva:** o caso dos bombeiros militares em atividade meio. 2014. v, 73 f. Monografia (Especialização em Clínica Psicodinâmica do Trabalho e Gestão do Estresse) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (org.) **Christophe Dejours:** da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicodinâmica do trabalho. – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

MACÊDO, K. B. et al. A constituição do espaço de discussão coletivo e suas vicissitudes: quatro estudos e uma reflexão. In: MERLO, A. R.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O sujeito no trabalho**: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013.

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

MORAES, R. D. Estratégias defensivas. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

PIZZINATO et al. Significados do trabalho e qualidade de vida percebida em trabalhadores do judiciário. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 188-198, 2014.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. – 2.ed. – Petrópolis: Vozes, 2003.

VICENTE, N. G. et al. Percepção do estresse ocupacional por bombeiros militares de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 5, n. 3, p. 75-84, 2013.

A AUTOATENÇÃO NO SISTEMA DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS RURAIS UM ENSAIO METODOLÓGICO

RITA MARIA HECK 1; ELIANA BUSS2; ÂNGELA ROBERTA ALVES LIMA 3

1 UFPel - rmheckpillon@yahoo.com.br 1 – angelarobertalima@hotmail.com

2 UFPel – busseliana@yahoo.com.br 2 3 Prefeitura Municipal de Pelotas e UFPel

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A autoatenção diferente de autocuidado na perspectiva de Menéndez (2003) enaltece as representações e práticas que a população utiliza a nível de sujeitos e grupos sociais para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam a sua saúde em termos reais ou imaginários sem a intervenção direta e intencional dos profissionais do sistema oficial de saúde mesmo que estes possam ser referência para a autoatenção. Esta compreensão deixa explícito que o autocuidado é uma tipologia de cuidado entre outras segundo Menéndez (2003) se partirmos do olhar da família, do grupo social. Outra perspectiva é o cuidado na perspectiva do profissional de saúde, enfermeiro no caso.

Menéndez (2012) entende que o ser humano tem autonomia e toma diariamente iniciativas de cuidado, partindo da experiência, vai acumulando estas ações e as significando mais ou menos a exemplo das plantas medicinais. Estas ações de cuidado por vezes não são evidenciados e valorizados pelos profissionais de saúde. Chama atenção então dos profissionais e aqui direciono este convite aos Enfermeiros que interagem com as famílias no domicílio para as diferentes iniciativas de cuidado.

Ao partilhar desta perspectiva de abordagem antropológica lembramos que há de se reconhecer a diversidade cultural dos diferentes grupos sociais, e como já mencionava Leininger o cuidado adquire uma representação de padrões. Ferrigrau ao estudar o cuidado familiar na Espanha entende que os Enfermeiros tem um papel de colaboração, negociação e coordenação que facilite a aprendizagem de estratégias adaptativas eficazes frente decisões difíceis que reforcem, mantem, melhoram a saúde familiar. Com isso estamos tencionando os enfermeiros a se aproximar de outros grupos culturais e compreender as praticas de cuidado.

O objetivo do presente resumo é relatar a metodologia que possibilitou objetivar o registro do autocuidado das famílias que residem no contexto rural do bioma pampa.

2. METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa foi realizada em 25 municípios do bioma pampa e abordou 52 participantes. Os dados deste resumo fazem parte do banco de dados do projeto “Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas para o cuidado de enfermagem rural”. As informações foram coletadas entre dezembro de 2014 a outubro de 2016. A principal ênfase era investigar as práticas de cuidado realizados pela família na manutenção da saúde. Para isso o desejo era captar informações da autoatenção no sistema

de cuidado familiar. Três autores serviram de referência para desenvolver esta abordagem. A partir das contribuições de Slusky (1996) retiramos a ideia de mapear as redes sociais significativa; este mapa foi adaptado a proposta de ecomapa de Wright e Leahey (2012), onde exploramos intensamente a ênfase familiar. Os dois instrumentos, integrados, relacionamos questões que objetivassem a práxis cotidiana no sentido proposto por Menéndez (2003). Nesta objetivação dos dados a entrevista em profundidade e a observação foram importantes técnicas de suporte para identificar as ações de cuidado familiar.

3. RESULTADOS

O primeiro desafio foi obtermos a chancela desta aproximação, as famílias rurais relataram temor frente a agressões, violência do seu patrimônio, sendo que o contato inicial foi facilitado por um agente da EMATER ou Sec. da Agricultura. Mediados por esse profissional ao chegar no domicílio foi importante ouvir as experiências que trazem diante de adversidades que superaram ou estão vivenciando. Esta contextualização permitiu questionar e solicitar que nos relatassem as ações realizadas de rotina de trabalho, de interação na comunidade, de interação familiar e as situações de cuidado emergiam no discurso, do qual tem experiência e se havia uma prioridade na ordem adotada. Aos poucos, as ações mais significativas de cuidado começaram a tomar forma, fazendo parte destas ações o repouso alimentar, diálogo entre marido/esposa e uso de plantas medicinais.

Observou-se que estas ações acontecem sem alterar a rotina, sendo que o cuidado subsequente de repouso físico já mobiliza para algo mais grave, interferindo no trabalho, os levava para ampliação do diálogo entre a família (filhos próximos/irmãos), vizinhos e filhos que residem na zona urbana. Observamos que se a ação de cuidado não reverte o desconforto, seguem mobilizados ao encontro de outras ações ao seu alcance como: ir consultar no posto de saúde e ou procurar o benzedor ou telefonar para pessoa mais velha da família que tenha conhecimentos acumulados de cuidado, incluindo o uso de plantas medicinais. Observamos que muitas plantas medicinais são utilizadas pela experiência que acumulam no uso com animais que neste contexto estão muito próximos.

4. CONCLUSÕES

As famílias diante das diversas problemáticas demonstram realizar movimentos em busca da harmonização de sua dinâmica de vida, perpassando pelo uso de plantas, cuidados alimentares, repouso, além da fé e busca por auxílio na própria comunidade junto aos profissionais *folk*, como os benzedeiros, o que Menéndez denomina de autoatenção.

Aos profissionais do sistema oficial de saúde podem interagir com o sistema de cuidado familiar. A metodologia e os instrumentos desenvolvidos para se aproximar das famílias foi adequado, e serviu para entender autoatenção que as famílias rurais desenvolvem. A autoatenção está ancorado em valores que mesclam promoção da saúde, lazer, apoio familiar, e também ações de tratamento que incluem plantas medicinais. Evidenciou-se que antes de procurar os serviços do sistema oficial de saúde as famílias realizam diferentes cuidados a fim de postergar o acesso ao sistema oficial de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menéndez Spina EL. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. **Trab Educ Saúde [Internet]**. 2012. Jul-Out. Acessado em 06/08/2017; 10(2):335-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/09.pdf> [Links]

Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc Saúde Coletiva [Internet]**. 2003 [cited 2013 Mar 02]; 8(1):185-207. Available from: <http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/diccionario/Diccionario%20CIESAS/TEMAS%20PDF/Menendez%2076c.pdf>

Sluzki, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. (C. Berlinker, Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

Wright, L.M; Leahey, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção em família. 5º.ed.: Roca; 2012.

RELATO DE CASO ÚNICO: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

SIMONE RODRIGUES DOS SANTOS¹; FERNANDA SILVEIRA DA SILVEIRA²

¹Universidade Católica de Pelotas 1 – simone.mariza@hotmail.com

²Universidade Católica de Pelotas 2– nandasilveirapel@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), também referida como “doença de Lou Gehrig”, é uma doença degenerativa e rara do sistema nervoso central que acarreta paralisia motora, progressiva, irreversível, sendo a forma mais frequente de Doença do Neurônio Motor (DNM). É de origem desconhecida, sua incidência aumenta com o envelhecer (Ciência em Cena, 2015). Sendo que os neurônios motores morrem, a capacidade do cérebro para iniciar e controlar o movimento do músculo é perdido.

A ação muscular voluntária progressivamente é afetada, os doentes nas fases mais avançadas da doença podem tornar-se totalmente paralisados (Associação Pró Cura da ELA, 2017). A fraqueza muscular progressiva dos músculos respiratórios é responsável por insuficiência respiratória, a principal causa de morte na ELA. Os portadores da doença ficam mais suscetíveis a infecções respiratórias, atelectasias e a má oxigenação sanguínea (Ciência em Cena, 2015).

A ELA é uma doença muito difícil de diagnosticar. Até o momento, não existe nenhum teste ou procedimento para estabelecer o diagnóstico. É através de um exame clínico e uma série de testes de diagnóstico, muitas vezes, a exclusão de outras doenças que se assemelham a esclerose lateral amiotrófica, que o diagnóstico pode ser estabelecido, sendo 20% mais comum em homens do que em mulheres. No entanto, com o aumento da idade, a incidência da esclerose lateral amiotrófica vai se igualando entre ambos (Associação Pró Cura da ELA).

Embora seja uma doença rara de 1 acaso para 100.000 pessoas/ano, representa um grande impacto pessoal e socioeconômico para o indivíduo e para a sociedade (ABRELA). A expectativa de sobrevida, em média, é de três a cinco anos após o diagnóstico, porém, existem situações atípicas de evolução mais lenta, podendo chegar a 15 anos, cada caso é sempre imprevisível (Ciência em Cena, 2015).

2. METODOLOGIA

O estudo de caso foi realizado por duas acadêmicas do sétimo semestre do curso de enfermagem da disciplina saúde do adulto e idoso II, que em aula prática em um Hospital Universitário da cidade de Pelotas/RS, realizaram Cuidados de Enfermagem ao paciente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pessoa acompanhada foi M.H.D.P, 46 anos de idade, internada em fevereiro de 2017, portadora de ELA (diagnosticada à 2anos), Hipertensão Arterial há 10anos, ex tabagista (fumou por 20 anos, parou à 1ano e 6 meses) . A paciente apresentava-se respirando em ventilação mecânica por traqueostomia 21%Fo2, apresentando grande quantidade de secreção purulenta, alimentando-se por via sonda gastrostomia infundindo dieta em sistema fechado mais água, mantinha acesso venoso central em jugular direita mantendo soroterapia e fazendo uso de fraldas. Foram realizados curativos com dersani ao redor da gastrostomia e traqueostomia, protegendo a pele do contato com a cânula plástica, nebulização, mudança de decúbito, troca de fralda, além da verificação dos sinais vitais.

A Agência de Administração de Alimentos e Drogas dos EUA, FDA, aprovou em maio de 2017 o Radicava (edaravone) é a primeira vez, em 20 anos, que o país aprova um medicamento para a doença que atinge o sistema nervoso. Até agora, a injeção para o tratamento da ELA só era autorizada no Japão e na Coreia do Sul. Pesquisas mostraram que a substância reduz a progressão dos sintomas.

De acordo com a imprensa da FDA:

A eficácia da edaravona para o tratamento da ALS foi demonstrada em um ensaio clínico de seis meses realizado no Japão. No ensaio, 137 participantes foram randomizados para receber edaravona ou placebo. Na semana 24, indivíduos que receberam edaravona diminuíram menos em uma avaliação clínica do funcionamento diário em comparação com aqueles que receberam um placebo.

Radicava é uma infusão intravenosa dada por um profissional de saúde. É administrado com um ciclo de tratamento inicial de dosagem diária durante 14 dias, seguido de um período de 14 dias sem drogas. Os ciclos subsequentes de tratamento consistem na dosagem em 10 dos 14 dias, seguido por 14 dias sem drogas.

4. CONCLUSÕES

Enquanto muitos estudos científicos estão presentemente a decorrer visando a cura da doença, espera-se que a aprovação no Brasil do medicamento Radicava seja breve, por ser uma terapeutica mais eficiente e que traz uma perspectiva para o paciente e cuidador.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRELA. **Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica**. Acessado em: 22 de agosto de 2017. Online. Disponível em: <http://www.abrela.org.br/default.php?p=texto.php&c=ela>.

ASSOCIAÇÃO PRÓ CURA DA ELA. **A ELA**. Acessado em 24 de agosto de 2017. Online. Disponível em: <http://procuradaela.org.br/pro/a-ela/>

CIENCIA EM CENA. Dossier 2015. **O Cerebro e as doenças neurodegenerativas**. Acessado em 22 de agosto de 2017. Online. Disponível em: https://gulbenkian.pt/cienciaemcena/wpcontent/uploads/sites/35/2016/12/Dossi_e_2015_Neurodegenerativas.pdf.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. FDA aprova droga para tratar ALS. Acessado em 22 de agosto de 2017. Online. Disponível em: <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm557102.htm>

CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

**SAMANTA ANDRESA RICHTER¹; MÁRCIA CRISTINA GANZER²;
EDEMILSON PICHEK DOS SANTOS³; DAIANE DAL PAI⁴; LIANA LAUTERT⁵;
GÍMERSON ERICK FERREIRA⁶**

¹*Faculdades Integradas de Taquara - samantarichter@sou.faccat.br*

²*Pós-graduação Hospital Moinhos de Vento - marciaganzer2@gmail.com*

³*Faculdades Integradas de Taquara - edemilson@sou.faccat.br*

⁴*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
daiane.dalpai@gmail.com*

⁵*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
lilabem@gmail.com*

⁶*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdades Integradas de Taquara - gimersonferreira@faccat.br*

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O trabalho de enfermagem em unidades de urgência e emergência é caracterizado por ritmos frenéticos, demandas inesperadas e longas jornadas, ao mesmo tempo em que produz satisfação, reconhecimento e realização, sendo este promotor de vivências de prazer e sofrimento. Tais cenários são considerados desafiantes para os trabalhadores, tendo em vista a necessidade de ações eficientes e resolutivas, mesmo em meio ao convívio com a superlotação, demora no atendimento e tensão constante (COELHO et al., 2010; SILVA et al., 2012).

Essa dinâmica expressa a ambivalência presente no trabalho de enfermagem em unidades de urgência e emergência, pois, se por um lado é gerador de pressões e exigências imediatistas, as quais podem expor o trabalhador a situações de sofrimento, por outro guarda em si a função de propiciar a recuperação de pacientes em risco de morte, o que pode ser fonte de prazer, tendo em vista o sentimento de cumprir a missão para o qual foi preparado.

A escuta clínica do sofrimento mobiliza o confronto das contradições da organização do trabalho, possibilitando a ressignificação do sofrimento ao refletir criticamente sobre a realidade do trabalho (DUARTE, 2014; DEJOURS, 2011), o que pode favorecer a satisfação no trabalho, aumentando a qualidade de vida dos trabalhadores (RIBEIRO, 2012; MENDES, 2013), e propicia maior reconhecimento, promovendo prazer e satisfação na realização da assistência (NUNES et al., 2010).

Nesse sentido, vislumbra-se na escuta clínica uma via de intervenção frente a situações de trabalho desencadeadores ou agravantes do sofrimento. Ao identificar fatores que constituem danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem que atuam em um ambiente instável, agitado e desgastante que constitui a unidade de urgência e emergência, encontra-se uma possibilidade de contribuir para melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Com isso, o estudo tem como objetivo analisar a psicodinâmica do trabalho de profissionais de enfermagem em unidade de urgência e emergência.

2. METODOLOGIA

Pesquisa clínico-qualitativa, ancorada na proposta teórica de Christophe Dejours, a Psicodinâmica do Trabalho. Trata-se de um referencial particular no campo da saúde mental no trabalho, cuja abordagem clínica embasa-se na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde, sendo esta uma maneira de desvelar as mediações que ocorrem entre o sujeito e o real do trabalho a partir da escuta clínica à fala do trabalhador.

O estudo foi desenvolvido no serviço de urgência e emergência de um hospital localizado na região do Vale do Paranhana, Rio Grande do Sul, Brasil, no período compreendido entre setembro e novembro de 2016. Os dados foram coletados por meio de análise de documentos e registros, observação clínica, e entrevista clínica. Inicialmente, os pesquisadores buscaram aproximação com o campo de estudo, no intuito de familiarizar-se com o funcionamento da unidade de emergência, identificando as características gerais do serviço. Em seguida, foram realizadas apreciações de documentos e registros que permitissem situar a organização do trabalho. Além disso, realizaram-se observações clínicas no local de trabalho, sendo descritas e registradas em diário de campo. As observações no serviço tiveram um total de 20 horas, contemplando todas as equipes que atuavam no setor.

Também se realizaram entrevistas clínicas com oito profissionais de enfermagem, dos quais três eram enfermeiros, e os demais técnicos de enfermagem, as quais tinham o enfoque fundamentalmente centrado na escuta a partir da narrativa espontânea dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração aproximada de 40 minutos, e foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Durante a pesquisa, foram respeitadas as prerrogativas bioéticas, conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução 466/12 CSN/CONEP e da Resolução 510/16, sob CAAE (72238817.0.0000.8135) do Comitê de Ética em Pesquisa/CONEP.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa tinham idade média entre 26 e 40 anos, sendo seis do gênero feminino. Todos trabalham sob regime das Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT), com tempo médio de atuação entre dois e oito anos.

Os relatos do tipo: “Estou aqui para isso”, “É normal, pois em qualquer lugar é assim”, comumente apresentadas no estudo, sinalizam a resistência dos trabalhadores em aprofundar e explorar o sofrimento que vivenciam, e permanecendo, assim, na superficialidade do que vivenciam. Contudo, é importante destacar que é por meio do reconhecimento dessas estratégias de defesa e do sofrimento que pode as ter mobilizado, que o trabalhador encontra vias de descarga pulsional e consegue elaborar seu sofrimento, transformando-o em prazer.

Nesse contexto, o trabalho apresentado como um duplo papel, tanto pode favorecer vivências de prazer quanto de sofrimento, sendo lugar tanto da saúde quanto do adoecimento (DEJOURS, 2011).

O processo de Análise da Psicodinâmica do Trabalho revelou que a organização do trabalho em emergência, caracterizado como imediatista e imprevisível, demanda tarefas que expressam a discrepância entre o prescrito e o real do trabalho. Essa condição mobiliza o profissional de enfermagem a constantemente se (re)criar e se (re)inventar no serviço de emergência, e inconscientemente, buscar estratégias individuais e coletivas para adaptar-se às pressões do trabalho e minimizar a percepção de sofrimento, muitas vezes mediante recusa da percepção daquilo que o faz sofrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escuta clínica deve ser vista como oportunidade de possibilitar aos trabalhadores um desvelar para estes aspectos, sendo esta uma proposta de cuidado terapêutico e preventivo frente às questões relacionadas ao sofrimento e adoecimento no trabalho de enfermagem em emergência.

Mesmo com as dificuldades relatadas, os trabalhadores do local estudado sentem-se realizados ao exercerem seu trabalho, por aliviar a dor de outros seres humanos, despertando para importância desse trabalho a sociedade. O sofrimento aparece no trabalho de enfermagem em emergência não como algo patológico, mas como um nó que precisa ser desatado, escutado, a fim de encontrar recursos que possibilitem o bem-estar psíquico do trabalhador, frente às adversidades da organização do trabalho.

Com esses resultados, demonstra-se a importância da escuta clínica para a compreensão da Psicodinâmica do Trabalho de profissionais de enfermagem em urgência e emergência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 770-777, jul./ago. 2010.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (org.) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011.

DUARTE, F. S. **Dispositivos para a escuta clínica do sofrimento no trabalho**: Entre a clínica da cooperação e das patologias. 2014. 142f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 66, v. 2, p. 161-166, mar./abr. 2013.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 252-27, 2010.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e Trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. – 2. ed. – São Paulo: Martinari, 2012.

SILVA, A. P. et al. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 549-556, jul./set. 2012.

**ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA
CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

**THIAGO LOPES SILVA¹; CATHARINE SILVA DE SOUZA²; JAMILAGERI
TOMASCHEWSKI-BARLEM³; BRUNA RUOSO DA SILVA NEUTZLING⁴**

¹Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. thiagoslopes@outlook.com; ²Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. cathatinesouzaenf@gmail.com;

³Docente da Universidade Federal do Rio Grande. jamilabarlem@furg.br;

⁴Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. bruna.sho@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1.INTRODUÇÃO

As discussões sobre a temática da segurança do paciente tem se tornado uma tendência mundial. No âmbito nacional, uma das iniciativas relacionadas à promoção da segurança do paciente refere-se à Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que possui como um de seus objetivos qualificar o cuidado em saúde, promovendo e apoiando a implementação de diversas iniciativas de práticas seguras, fundamentadas em protocolos básicos (DUARTE et al, 2015).

A cultura de segurança é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a segurança e a gestão da saúde. É importante considerar como um aspecto imprescindível, conhecer a cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência a saúde, para que se possa realizar melhorias de maneira efetiva (BRASIL, 2013; WACTHER, 2013).

Portanto, torna-se fundamental buscar um entendimento de como trabalhadores visualizam em sua prática assistencial, a cultura de segurança do paciente. Dentre os ambientes assistenciais, destaca-se neste estudo, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por ser uma unidade hospitalar considerada complexa, com inúmeras ações desenvolvidas de forma emergencial aos pacientes.

2.METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Realizado com 5 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e 5 médicos. O contexto de investigação se refere às UTI - Gerais de duas instituições, um hospital universitário e um filantrópico do sul do Brasil. Os critérios para a seleção limitaram-se a ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico; atuar profissionalmente há pelo menos seis meses. A coleta de dados ocorreu de setembro e outubro de 2016, através de entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos. O processo de análise dos dados foi realizado a partir da análise textual discursiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 126/2016).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados emergiram três categorias apresentadas a seguir: Implementação de protocolos de segurança do paciente; Envolvimento institucional e; Inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente.

Implementação de protocolos de segurança do paciente: foi evidenciado que o estímulo a uma prática assistencial segura, fundamentada na implementação de protocolos de segurança do paciente, como uma das estratégias para fortalecer a cultura de segurança nas UTIs. Protocolos são instrumentos que objetivam uma melhoria na qualidade do atendimento assistencial. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu como um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente a criação de um conjunto de protocolos básicos, que foram definidos pela Organização Mundial da Saúde e que devem ser implementados para garantir uma prática assistencial segura e contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2014).

Envolvimento institucional: foi ressaltada a importância do comprometimento dos membros da equipe de saúde. Entre as estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança está a conscientização dos profissionais para que assumam a responsabilidade pela segurança dos pacientes. Considerando que o desenvolvimento da cultura de segurança deva ser transversal e multiprofissional, o trabalho conjunto de setores como higienização, lavanderia, farmácia e comissão de controle de infecção hospitalar foram citados como imprescindíveis para a promoção da cultura de segurança. Então, entende-se que os profissionais de saúde precisam aprimorar essa ideia de responsabilidade coletiva e ter o trabalho em equipe como um pressuposto básico para a segurança do paciente (WEGNER et al, 2016).

Inclusão do tema segurança do paciente na educação permanente: foi destacada a relevância da disseminação do conhecimento sobre segurança do paciente por meio da educação permanente. Foram sugeridos treinamentos e capacitações como estratégias para promoção da cultura de segurança nas UTIs, além da importância de valorizar os profissionais que buscam tal atualização. Os estabelecimentos de saúde necessitam incorporar novas tecnologias, e a segurança do paciente precisa ser problematizada e discutida em todos os âmbitos de ensino, instrumentalizando os profissionais para a prevenção de eventos adversos e a desenvolver uma assistência à saúde potencialmente segura. Desse modo, a educação permanente de todos os profissionais é fundamental para que ocorra uma conscientização coletiva para o cuidado seguro (TOBIAS et al, 2016).

4.CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar a importância da implementação dos protocolos de segurança do paciente nas unidades pesquisadas assim como da atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições, além da necessidade de aperfeiçoamentos e treinamentos contínuos das equipes atuantes nas UTIs e demais setores da instituição hospitalar, para que medidas simples e efetivas possam auxiliar a prevenir e reduzir os riscos associados ao cuidado à saúde dos pacientes, o que auxiliará no fortalecimento da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Resolução - **RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em 6 abr 2017.

DUARTE, S.C. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-America de Enfermagem**, 2015; 23(6):1074-81.

TOBIAS, G.C. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFPE**, 2016; 10(3):1071- 9.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEGNER, W. et al. Education for culture of patient safety: implications to Professional training. **Esc Anna Nery** 2016;20(3).

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: UM MÉTODO PARA REVELAR
CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PACTUAÇÕES
REGIONAIS**

LARISSA GOMES BONILHA¹; FRANCINE ZIEGLER LEAL²; LUMA
PROCÓPIO QUEROBIM³; LISIANE BERNHARD HINTERHOLZ⁴; LIANE
BEATRIZ RIGHI⁵

¹*Universidade Federal de Santa Maria/Mestrado Profissional Ciências da
Saúde enflaribonilha@gmail.com*

²*Universidade Federal de Santa Maria/Mestrado Profissional Ciências da
Saúde*

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Itinerário Terapêutico inclui o caminho percorrido, lugares, tempos de espera, pagamentos, fluxos pactuados, interrupções, constrangimentos, facilidades. O itinerário terapêutico permite identificar os acordos e qualidade da linha de cuidado, mas não se restringe a ela. Pode ser apresentado como um diagrama analisador, com entrada, decisão de ofertas, cardápio e saída. Destaca-se aqui o desenho metodológico de investigação sobre a coordenação do cuidado longitudinal, tanto na sua perspectiva de atuação de equipes de atenção básica quanto no componente pactuações para a tessitura de redes regionais. A pesquisa (em desenvolvimento) estuda situação de pessoas internadas em hospital de referência macrorregional do centro do estado por complicação de doenças vasculares.

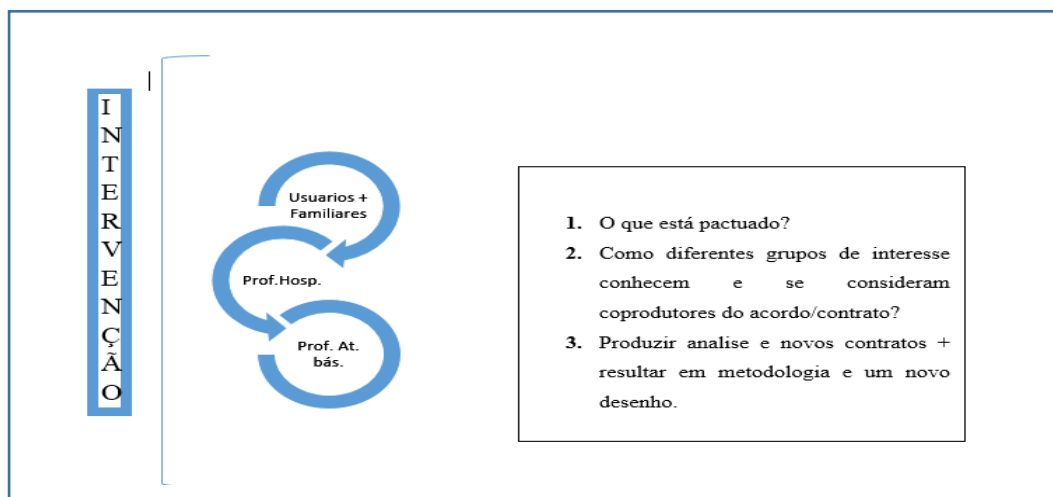
2. METODOLOGIA

Como pesquisa qualitativa, o estudo foi desenhado para apresentar as cinco características listadas por Yin (2016): a) estudar o significado da vida das pessoas, nas condições de vida real; b) representar as opiniões e perspectivas das pessoas participantes de um estudo; c) abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; d) contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e) esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte. De acordo com a tipologia proposta por Creswell (2014) pesquisas para recuperação de itinerários terapêuticos podem ser classificados como pesquisa fenomenológica. Contudo, pareceu-nos promissor aprofundar e confrontar nossa proposta com a perspectiva metodológica da Teoria Fundamentada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A opção pela Teoria Fundamentada resultou em uma proposta para o desenvolvimento da pesquisa considerando que “enquanto a pesquisa narrativa focaliza as histórias individuais contadas pelos participantes e a fenomenológica enfatiza as experiências comuns para um número de indivíduos, a intenção de uma pesquisa fundamentada é ir além da descrição e gerar ou descobrir uma teoria.” (CRESWELL, 2014, 77). São características definidoras da teoria fundamentada (CRESWELL, 2014): a) o pesquisador focaliza um processo ou ação que tem passos ou fases distintas que ocorrem ao longo do tempo, o estudo da teoria fundamentada possui movimento ou alguma ação que o pesquisador está tentando explicar; b) o pesquisador também procura desenvolver uma teoria do processo de ação; c) através de lembretes tenta-se formular o processo que está sendo visto pelo pesquisador e esquematizar o fluxo do processo; d) a forma primária de coleta de dados é a entrevista; e) a análise dos dados pode seguir o padrão de desenvolvimento de categorias abertas e pode ser apresentada como diagrama ou, de forma menos estruturada. Assim, a investigação foi planejada em fases, que se conectam e podem se sobrepor. **Primeira fase.** Elaboração de diagrama com a proposta de fluxos. Estudo do Plano Anual de Saúde do município de Santa Maria, para conhecer como está estruturada a Rede de Saúde do município, destacando informações referentes ao fluxo previsto para pacientes com alterações vasculares. O produto desta fase é o mapeamento dos principais pontos da Rede e de acordos/contratos que instituem os fluxos assistenciais. **Segunda fase:** *Amostragem Teórica.* Identificação dos usuários internados no Pronto socorro e Clínica cirúrgica com diagnóstico de alteração vascular. Entrevista narrativa, objetivando conhecer a percepção dos usuários sobre seu itinerário terapêutico e RAS. Identificação da UBS/ESF a que o paciente com alteração vascular pertence. O produto desta fase da pesquisa é um novo mapa, com serviços, encaminhamentos, tempo de espera, participação do setor privado e avaliação dos usuários. A pesquisadora estará atenta para a existência e registro de vínculos com profissionais e equipes na AB, considerando recursos não previstos na RAS, como terapias ou redes de cuidado. **Terceira fase:** *Amostragem discriminante.* Percorrer o itinerário singular narrado registrando percepções e identificando grupos de interesse que compõe a rede de cuidado. Entrevista com equipes da AB e de regulação e busca de informações a respeito de “como as coisas funcionam” através de visitas e entrevistas com trabalhadores de serviços que integram o itinerário. Inclusão de novas informações ou documentos. O produto desta fase é a identificação de lacunas entre as regras pactuadas e as condutas que facilitam ou impõem dificuldades aos usuários. Estas informações serão acrescentadas ao mapa elaborado nas fases anteriores. **Quarta fase:** Discutir os resultados com equipes de referência na Atenção Básica. O produto é a construção de uma nova teoria a partir do conhecimento dos sujeitos que experimentam o processo como usuários ou cuidadores. Em uma composição entre o referencial da avaliação de quarta geração (GUBA&LINCOLN, 2011) e o referencial da pesquisa da teoria fundamentada (CRESWELL, 2014) tomamos os usuários como principais informantes e os demais grupos de interesse como amostragem discriminante. Nessa amostragem, “o pesquisador reúne informações adicionais de indivíduos diferentes das pessoas que inicialmente entrevistou para determinar se a teoria é válida para estes participantes adicionais”. (CRESWELL, 2014, p81).

Figura 1: perspectiva Interventiva da Pesquisa



O estudo em pauta é um caso em que há teoria, (há conceitos, modelos e desenhos de redes de atenção), mas a teoria está incompleta, pois os modelos foram produzidos e testado para outras realidades e possivelmente não respondam as necessidades locais e regionais e, neste caso, não abordam variáveis potencialmente valiosas, como por exemplo, a relação público-privado, a existência de um hospital Universitário ou a fragilidade da atenção básica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRESWELL, John. **Projeto de Pesquisa, Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**/Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln/tradução Beth Honorato. – Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. **Sobre a Validação da Pesquisa Cartográfica**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S (Orgs). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina, 2014

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**/Robert K. Yin; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre: Penso, 2016.

A VIDA DA PESSOA APÓS O TRANSPLANTE RENAL

BIANCA POZZA DOS SANTOS¹; EDA SCHWARTZ²; FERNANDA LISE³;
JOSUÉ BARBOSA DE SOUSA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – *bi.santos@bol.com.br*

²Universidade Federal de Pelotas – *eschwartz@terra.com.br*

³Universidade Federal de Pelotas – *fernandalise@gmail.com*

⁴Universidade Federal de Pelotas – *jojo.23.sousa@gmail.com*

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é a perda lenta e progressiva da função renal. Pode comprometer a vida da pessoa e essa é submetida à terapia renal substitutiva (MARTÍNEZ et al., 2011). Com exemplo, destaca-se o transplante renal, cuja função do órgão transplantado é desempenhar as funções que os rins doentes não conseguem mais manter (CASTRO, 2010), como a estabilidade hidroeletrolítica e a excreção endócrina (SILVA, 2011).

Tal modalidade terapêutica possui efeitos transformadores para a pessoa com DRC, podendo gerar qualidade de vida (GILL, 2012), comparado aos outros tratamentos, como a hemodiálise, o que muitas vezes, pode significar a independência da máquina de diálise (FONTOURA, 2012). Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção de vida pelas pessoas com a DRC após o transplante renal.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um recorte do banco dados da pesquisa “As vivências das pessoas com o transplante renal” (SANTOS, 2013), em que possui abordagem qualitativa do tipo descritivo. Foram entrevistadas 20 pessoas vinculadas nos serviços de nefrologia de um município localizado na região Sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Durante a coleta de dados, foi utilizado roteiro com perguntas semiestruturadas. Logo, os dados colhidos foram transcritos. Para o objetivo deste estudo, foram analisados, segundo a proposta de Bardin (2011).

Quanto aos princípios éticos, a pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº 192/2013. Cada entrevistado foi identificado por um código, ou seja, “E” de entrevistado, seguido do número arábico, conforme a sequência das entrevistas, acrescidos da idade (por exemplo, E1, 43 anos).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao questionar as pessoas com DRC sobre como tem sido a vida após o transplante renal, muitos mencionaram a palavra normal. “Normal. Sem problema nenhum” (E1, 66 anos).

Como é sugerido atualmente, as interferências para a promoção da saúde devem considerar a qualidade de vida daqueles que são afetados direta ou indiretamente pelo tratamento, considerando alguns indicadores sociais

válidos a cada situação. Desse modo, percebeu-se que a realização do transplante renal em pessoas com DRC promove uma intervenção humanizada, pois libertam das máquinas dialíticas.

Algo evidenciado no relato dos entrevistados, foi o retorno às condições anteriores ao tratamento “*É como se eu não tivesse feito o transplante. Uma vida normal*” (E2, 53 anos), “*Minha vida, praticamente, vida normal*” (E4, 55 anos).

Quando se obteve a resposta normal, um entrevistado explicou o significado dessa palavra como sendo “[a] *vontade de fazer as coisas. Reagir, que antigamente não tinha vontade de fazer nada, passava deitada, chegava ruim da hemodiálise. Agora eu estou bem*” (E2, 53 anos). Como referiu E2, muitas vezes as pessoas quando terminam as sessões hemodialíticas sofrem efeitos colaterais, sentindo-se indispostas.

Outra questão foi o sentimento de que a vida muda após o transplante renal. “*É outra vida. A gente sente que muda*” (E3, 40 anos). Nessa afirmação, geralmente as pessoas relacionam à melhora na qualidade de vida.

Mais um fato destacado, foi a nova percepção de vida que o transplante renal gerou. “*Tu aprendes a dar mais valor às coisas e a viver muito melhor. [...] Não viver de qualquer jeito, mas pelo menos viver com responsabilidade, fazer as coisas que tu gostas de fazer, porque tu não sabes assim, amanhã ou depois o que vai acontecer contigo*” (E16, 40 anos). Mesmo convivendo com a DRC e o tratamento, o modo de viver passa a ser valorizado.

4. CONCLUSÕES

Perante os resultados, visando responder ao objetivo proposto neste estudo, observou-se que o transplante renal promove melhor qualidade de vida às pessoas com DRC. A independência da máquina hemodialítica, a sensação de bem-estar e a possibilidade da realização de atividades, as levam a relacionar com o estabelecimento de vida normal, podendo ser semelhante à de uma pessoa saudável ou à de sua vida antes da instalação da doença.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CASTRO, M.C.R. **Manual de transplante renal**. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/manual_renal.pdf (22 maio 2015).

FONTOURA, F.A.P. **A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal**: significados, vivências e qualidade de vida. [Dissertação]. Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2012.

GILL P. Stressors and coping mechanisms in live related renal transplantation. **Journal Clinical Nursing**, v.21, n.1622-1631, 2012.

MARTÍNEZ, B.B.; SILVA, F. M.; VEIGA, V. T., CUSTÓDIO, R. P.; SILVA, J. V. Desigualdade social em doentes renais crônicos. **Revista Ciências em Saúde**, v.1, n.1, 2011.

SANTOS, B. P. **As vivências das pessoas com o transplante renal.** 2013. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

SILVA, F.S. **História oral de vida de pacientes transplantados renais:** novos caminhos a trilhar. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2011.

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: OPÇÕES
METODOLÓGICAS DE UMA PESQUISA AVALIATIVA E INTERVENTIVA**

LIANE BEATRIZ RIGHI¹; SIMONE MAINIERI PAULON²; MÁRIO FRANCIS
PETRY LONDERO³

¹Universidade Federal de Santa Maria - UFSM – lianerighi@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS- simonepaulon@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - francislonder@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A produção de conhecimentos no campo da saúde mental adquire especial destaque se entendermos que vivemos, ainda, um momento de tão frágil quanto irrefutável demanda por ampliação da interface entre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica em curso no país. A assunção da saúde mental como componente integrante da saúde pode ser o passo crucial para a efetivação dos princípios de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira. O PMAQ-AB foi ponto de partida para as intervenções e questionamentos em campo, porém, as problematizações construídas ao longo dos diferentes espaços de escuta e interação da pesquisa rapidamente indicaram os limites de uma concepção da saúde mental calcada em tal dispositivo, centralizando a discussão apenas neste programa governamental avaliativo. Uma invasão de forças, territorialidades, discursividades que inundam o campo da saúde mental na atenção básica foram ampliando o campo de análise. Assim, neste percurso realizado junto a gestores, trabalhadores, usuários e familiares interessados na temática da saúde mental na atenção básica, o PMAQ-AB tornou-se pequeno frente à imensidão de questões, experimentações e desafios que foram ganhando corpo à medida que a pesquisa se desenrolava. Neste contexto, apresentamos uma sistematização de experimentações/contaminações ocorridas com esse campo problemático que se constitui no encontro da Saúde Mental com a Atenção Básica.

2. METODOLOGIA

. As principais referências para a metodologia desta investigação são o trabalho de Campos e Furtado (2008), Guba&Lincoln (2011) e Passos e Barros (2015). O desenho metodológico foi construído coletivamente com o Grupo de Interesses dos pesquisadores nacionais. Em Oficina, realizada em abril de 2014, este Grupo definiu que os “Grupos de Interesse locais” deveriam ter composição híbrida, incluindo os diferentes atores de modo a que pudessem misturar suas visões, trazer perspectivas de diversos olhares das posições que ocupassem na RAPS para discutirem juntos o tema da saúde mental do seu município. A participação direta dos atores no desenvolvimento da pesquisa se daria, então, em cada município, composto por gestores, trabalhadores, pesquisadores e usuários. Desse modo, a pesquisa formou sólida base qualitativa e participativa de análise dos dados. Também foi determinado que

os grupos focais com as equipes de ESF e os grupos focais com os usuários do serviço seriam o espaço de investigação prioritário. Com encontros mensais, os grupos de interesse locais auxiliaram a execução da pesquisa nos territórios estudados. Os grupos focais passaram a ocorrer em dois momentos: um de discussão e análise das práticas de saúde mental na atenção básica e dos resultados do PMAQ para o município em questão; e o outro momento do grupo para a análise e validação dos elementos por eles levantados no primeiro encontro.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse processo investigativo, acompanhamos e avaliamos as práticas e as relações dos trabalhadores e dos usuários, sendo incluída na análise suas demandas, sentidos, desejos e conflitos. A pesquisa buscou propiciar um aumento do “grau de apropriação” em relação ao tema investigado por parte dos sujeitos, aumentando o grau de horizontalidade dos envolvidos nas instâncias propostas para levantamento e análise de dados. Para tanto, foram utilizados diferentes instrumentos de pesquisa que criaram espaços de participação, possibilitando que se colocasse em cena objetivos específicos e pontos problemáticos comuns aos diferentes grupos. Com a metodologia qualitativa puderam ser destacados outros componentes dessas práticas para a análise, singularidades dos contextos estudados por essa pesquisa assim como aprofundamentos compreensivos da própria temática de acesso e qualidade que o PMAQ investiga em grande escala, porém sem o detalhamento e especificações regionais que uma análise qualitativa permite. Para produção de dados de pesquisa foram utilizados, além dos diários de campo, o conteúdo dos grupos focais transcritos, e através da utilização de software desenvolvido para pesquisas qualitativas (Atlas TI), identificamos os temas mais frequentes gerados nos debates com usuários e trabalhadores, resultando em seis categorias de análises: PMAQ & SUS, concepções de saúde mental, Concepções de saúde mental, Articulações em Rede, Gestão do Trabalho, – Participação e Controle Social. A sistematização das categorias permitiu pensar e debater sobre alguns nós críticos da Rede, tais como: a) a alta rotatividade de trabalhadores e gestores, que implica uma dificuldade de produção de vínculo e de longitudinalidade nas práticas de cuidado que permeiam a rede; b) um sentimento de desvalorização e de falta de investimento nos trabalhadores e serviços; c) a valorização de procedimentos quantitativos em detrimento de cuidados mais processuais que afirmam a integralidade da atenção; d) o desafio de qualificar a atenção básica, cujas práticas de cuidado, apesar de terem-se ampliado nos últimos anos, ainda rechaçam e apresentam uma série de restrições no que tange à saúde mental; e) diálogo truncado, pouca escuta mútua entre gestores, trabalhadores e usuários, o que resulta em cristalização de hierarquias e individualismos nas relações.

4. CONCLUSÕES

Esperamos que esses escritos ecoem nos espaços em que se realiza o cuidado para que venham a contribuir com a desinstitucionalização das práticas de atenção à saúde, pois a reinvenção dos modos instituídos de cuidar

talvez seja uma das mais significativas aprendizagens que os ritmos e singularidades próprios à experiência da loucura podem nos legar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FURTADO, JP; ONOCKO CAMPOS, R. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: ONOCKO CAMPOS et al (orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade**. Aderaldo&Rothschild editores. São Paulo: 2008. p.189-209.

GUBA, E.; LINCOLN, YS. **Avaliação de quarta geração**. (Tradução de Beth Honorato). Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

PASSOS, E ; BARROS, R. B. A cartografia como método De pesquisa-intervenção. In: PASSOS E.; KASTRUP V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015

**PESQUISA APRECIATIVA: POSSIBILIDADES PARA SUA
APLICAÇÃO NA ENFERMAGEM**

AMANDA DE LEMOS MELLO¹; MARLENE GOMES TERRA²; CRISTIANE TRIVISOL ARNEMANN³; DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA⁴; GUILHERME TAVARES DE ARRUDA⁵; ZAIRA LETÍCIA TISOTT⁶

¹Universidade Federal de Santa Maria – amandamello6@yahoo.com

²Universidade Federal de Santa Maria – martesm@hotmail.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul – cris.trivisol@gmail.com

⁴Universidade Federal de Santa Maria – daianasiqueira@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal de Santa Maria – gui_tavares007@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Santa Maria – zairatisott10@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Pesquisa Apreciativa (PA), também chamada como Investigação Apreciativa por alguns autores, emerge no fim da década de 1980 como uma tecnologia para gestão de mudanças nas organizações, a partir de estudos de David Cooperrider e colaboradores (1986), nos Estados Unidos. Apreciativa, segundo esse autor (1986), compreende como o ato de reconhecer o melhor nas pessoas ou no mundo a sua volta, afirmando as forças, sucessos e potenciais passados e presentes, perceber essas coisas que dão vida aos sistemas vivos.

Nesse contexto, a PA se configura como um processo em busca de sentidos coletivos com foco no que os participantes propõem como sendo o que dá certo (COOPERRIDER, 1986), sendo considerada como uma metodologia interativa, organizacional, com o objetivo de intervir em um contexto específico (TRAJKOWSKI et al., 2015).

Conforme aponta estudo (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2017) a Pesquisa Apreciativa vem sendo utilizada internacionalmente em áreas da saúde como a Enfermagem e Educação Médica. Entretanto, no território brasileiro, essa metodologia ainda se encontra prioritariamente vinculada às áreas de psicologia e administração.

Ao vislumbrar essa perspectiva de emergentes transformações no campo da saúde e a busca por pesquisas participativas diferenciadas que auxiliem no cuidado, este resumo possui como objetivo refletir sobre o uso da Pesquisa Apreciativa e a sua aplicabilidade na Enfermagem.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica acerca do uso da Pesquisa Apreciativa (PA) e a possibilidade do seu uso na área da enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PA foi elaborada a partir de pressupostos, como: em toda a sociedade/organização/grupo, alguma coisa funciona; aquilo que focamos torna

nossa realidade; esta é criada no momento e existem múltiplas realidades; a ação de produzir perguntas sobre algum grupo influencia o grupo de alguma forma; as pessoas se sentem mais confortáveis e confiantes sobre o futuro quanto retomam experiências positivas do passado; é importante valorizar as diferenças; e a linguagem que é utilizada cria a realidade (COOPERIDER, 1986; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

A fim de operacionalizar a produção de dados em pesquisa, a PA é desenvolvida por meio de quatro fases que constituem o “ciclo 4D”, denominado assim porque deriva das respectivas fases na língua inglesa: ‘Discovery’, ‘Dream’, ‘Design’ e ‘Destiny’. Essas fases foram traduzidas para o português como: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino (DSPD). Cada fase compreende um objetivo central, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Ciclo 4-D da Pesquisa Apreciativa



Fonte: elaborado com base nos autores Nilson et al. (2014). Santa Maria, RS.

A fase **Descoberta** busca questionar os participantes sobre o que dá energia ao grupo e à instituição. É a fase que prepara para o restante do ciclo e que identifica que foi vivenciado como sucesso no passado. Na fase **Sonho**, busca-se explorar “o que poderia ser”, em que os participantes trabalham juntos para o desenvolvimento de descrições sobre como poderia ser o futuro. Aqui se encoraja “pensar grande”, pensar no cenário futuro ideal, mesmo que pareça impossível de ser alcançado.

Na fase **Planejamento** os participantes trabalham juntos para o planejar as ações futuras a partir das discussões da fase anterior. Enquanto a fase “sonho” se baseia tanto nos projetos de “o que poderia ser”, essa fase exige que os participantes façam escolhas, priorizem e determinem as mudanças a serem realizadas frente as melhores práticas de integração ensino-serviço na formação dos residentes multiprofissionais em saúde. A fase do **destino** é focada na criação de redes e estruturas que facilitam o planejamento criado na fase anterior. Para tanto, requer a criação de um plano de ação, que defina o que será necessário para a realização do planejamento frente as ações (COOPERIDER, 1986).

A partir disso, a PA pode possibilitar para a prática assistencial, gerencial ou educativa da enfermagem, debates reflexivos e críticos por parte dos participantes, estabelecendo um espaço de discussão para que as mudanças ocorram a partir de exemplos positivos que podem ser problematizados (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2017; TRAJKOWSKI et al., 2015).

4. CONCLUSÕES

As mudanças na área da saúde requerem formas criativas de problematizar as práticas comuns rígidas que acompanham o cotidiano da Enfermagem. Na Pesquisa Apreciativa, tem-se um potencial de construção coletiva que tende a promover o reconhecimento do que se faz de positivo no processo de trabalho. Contribuindo desta forma, para a prática profissional, visando a construção de espaços que facilitem o processo reflexivo a partir da experiência dos participantes e melhorar uma situação de interesse para o grupo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNEMANN, C.A.; GASTALDO, D.; KRUSE, M.H.L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. In press. **Epub**, July 20, 2017.

CARTER, B. 'One expertise among many' – working appreciatively to make miracles instead of finding problems: using appreciative inquiry to reframe research. **Journal of Research in Nursing**, v.11, n.1, p.48–63, 2006.

COOPERRIDER, D. **Appreciative inquiry: Toward a methodology for understanding and enhancing organizational innovation**. 1986. Doctoral Dissertation, Western Reserve University, Cleveland.

NILSON, L.G.; CAMPOS, D.A.; DALLEGRAVE, E.J.; MORETTI-PIRES, R.O. A Investigação apreciativa como Tecnologia para a Pesquisa em Saúde Coletiva. **Saúde & Transformação Social**, v.5, n.3, p.01-09, 2014.

REED, J.; PEARSON, P.; DOUGLAS, B.; SWINBURNE, S.; WILDING, H. Going home from hospital: an appreciative inquiry study. **Health & Social Care in the Community**, v.10, n.1, p.36-45, 2002.

SOUZA, V.L.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M.A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.3, p.598-607, 2010.

TRAJKOVSKI, S.; SCHMIED, V.; VICKERS, M.H.; JACKSON, D. Experiences of neonatal nurses and parents working collaboratively to enhance family centred care: the destiny phase of an appreciative inquiry project. **Collegian**, 2015.

**PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

CATIANE PINHEIRO MORALES¹; JOSIMARA GONÇALVES SCHUSTER²;
MIRIAM CRISTIANE ALVES³

¹ Universidade Federal de Pelotas – catianemorales@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – josimara.schuster@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – oba.olorioba@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia foi inserida no campo da saúde em meados da década de 80 (DIMENSTEIN, 1998). Conforme consta no CREPOP (Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas) sobre as práticas dos psicólogos(as) na Atenção Básica de Saúde (ABS), a atuação deve adaptar-se de acordo com a demanda local (CREPOP, 2010). No entanto, o documento salienta que ainda existe uma predominância do modelo clínico individual, o que não vai ao encontro do que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza. Além do atendimento individual aos usuários, têm outras formas de atuação possíveis do profissional da psicologia na atenção básica, dentre as quais destacamos o trabalho em grupo.

Como destaca Rasera (2010, p. 38) o trabalho com grupo tem demonstrado bons resultados por proporcionar um espaço de inserção social, apresentando novas possibilidades de visualização dos percursos da vida, auxiliando as pessoas a tornarem-se autônomas e capazes de enfrentar suas adversidades. Face ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implementação de um grupo de saúde mental na atenção básica, constituído por mulheres em sofrimento psíquico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação de um grupo de saúde mental constituído por mulheres em sofrimento psíquico que buscaram atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Pelotas/RS. Atualmente o grupo é formado por 06 mulheres, entre 47 e 61 anos de idade, 04 autodeclaradas negras e 02 brancas. É coordenado por duas estagiárias do Curso de Psicologia da UFPel, e supervisionado pela psicóloga da UBS e pela professora orientadora da universidade.

A proposta do grupo foi construída a partir de reuniões entre a psicóloga da UBS, a professora orientadora e as estagiárias, e posteriormente com as quatro equipes de Saúde da Família (SF) da UBS, onde foram levantadas necessidades de atendimento terapêutico aos casos leves, moderados e persistentes de saúde mental. Em reuniões de discussão de casos com a psicóloga, foi identificado um conjunto de usuários/as, especialmente mulheres, que necessitavam uma escuta atenta e qualificada a seus conflitos e dificuldades pessoais e existenciais.

Para a construção do grupo terapêutico e, atualmente, para integrar novos usuários/as, são realizadas entrevistas iniciais pelas estagiárias. Estas são realizadas em três encontros, um a cada semana, com 50 (cinquenta) minutos de duração. Ao final das entrevistas os/as usuários/as são convidados/as a compor o grupo ou são encaminhados/as para atendimento na Clínica Psicológica da UFPel.

O grupo se caracteriza como aberto, os encontros são realizados semanalmente, com duração entre 60 e 90 minutos. A cada semana, na abertura do grupo, o contrato terapêutico e o sigilo são retomados, principalmente na presença de novos participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O espaço grupal é aberto para a troca de vivências, afetos, sentimentos entre os/as participantes, o que tem possibilitado a construção de um importante dispositivo de empoderamento das mulheres. Até o momento já realizamos 39 encontros e, ao longo desse período, podemos dizer que o grupo passou por duas fases: uma marcada pela presença da doença e da queixa, e a outra pela potência de vida.

A escuta desta primeira fase foi fundamental para nosso crescimento enquanto estagiárias e, ao mesmo tempo, crescimento do próprio grupo. Quando percebemos que o adoecimento passou a ser a pauta principal, passamos a problematizar o nosso papel naquele espaço. E mais, passamos a escutar e problematizar as relações de gênero que transversalizam os sofrimentos ali expressos.

Essa primeira fase, marcada pela doença e pela queixa, foi provocadora da segunda, cuja potência de vida pôde ser estabelecida mediante a escuta atenta daquelas mulheres. Nosso papel enquanto estagiárias foi de mediação, ou seja, não tínhamos a pretensão de impor verdades àquelas mulheres, mas sim dialogar com as emergências, com as inte-relações, conexões, expressões emergentes no espaço grupal. Conforme Alves e Seminotti (2006, p.123) as “inter-relações são motivadas pelas singularidades e diversidades dos sujeitos”, pelo próprio grupo “e seus subgrupos e pelas relações produzidas, gerando processos de organização e desorganização, de subjetivação e sujeição, de ordem e caos”. Buscamos a escuta e a mediação entre todos os elementos que compõem aquele espaço: mulheres, estagiárias, todo grupal, contexto maior.

4. CONCLUSÕES

A potência de vida do grupo tem possibilitado às participantes a experimentação de outros modos de existir para além da doença. A adesão a este espaço foi materializada à medida em que os vínculos se tornavam cada vez mais fortes. Atualmente, temos uma importante assiduidade ao grupo, inclusive algumas já sugeriram a sua realização em duas vezes na semana. Essa solicitação foi observada com cautela, pois temos como premissa o empoderamento e autonomia para que cada vez mais elas deixem de necessitar deste espaço.

Foram muitas as experimentações vividas nesse espaço grupal: encontros fora da UBS - no parque; vivências de técnicas de relaxamento; arteterapia; oficinas de tricô, artesanato e culinária; planejamento mensal de oficinas construído pelas participantes a partir do desejo coletivo de aprendizagens diversas. Enfim, experimentações e compartilhamento de saberes e fazeres que nesse grupo se mostraram potentes nos processos de mudança individual e coletiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, S.G.; RONZANI, T.M. Psicologia social e saúde coletiva: reconstruindo identidades. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 11-22, dez., 2007.

ALVES, M.C.; SEMINOTTI, N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 113-133, jun., 2006.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde**. 1ª ed.: Brasília, 2010. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf> Acesso em: 28 fev. 2017.

DIMENSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, jun., 1998.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES MICROCIRURGICOS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

ANA CAROLINA LEMOS DOS SANTOS¹; MILENA MOREIRA FERREIRA

¹ Universidade da Região da Campanha - URCAMP – anacarolzinha_2011@hotmail.com

² Universidade da Região da Campanha / Prefeitura Municipal de Bagé – Secretaria Municipal de Saúde e Atenção a Pessoa com Deficiência.

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Educação permanente ocorre de acordo com a demanda de trabalho que é realizada na instituição onde o profissional está inserido e tem por finalidade levar à reflexão e com isso a melhora do desempenho profissional. A Enfermagem baseada em evidências direciona o cuidado e integra o processo de educação permanente e continuada, buscando levar para o paciente o que há de concreto no cuidado (SILVA *et al*, 2015).

O momento de pré e pós cirurgia é causador de estresse e ansiedade ao paciente e sua família, pelo receio do desconhecido e pelas dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação.

As ações voltadas para as orientações garantem o início de uma assistência humanizada e respeita o cliente na sua individualidade. (CALLEGARO *et al*, 2010). Desta forma o enfermeiro e o paciente constroem laços de confiança, pois os profissionais de enfermagem prestam cuidados vinte e quatro horas e estas medidas contribuem para um trabalho mais efetivo (COSTA *et al*, 2010).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato das experiências de uma aluna de graduação do curso de Enfermagem, no campo de educação em saúde que ocorreram no transcorrer do estágio como bolsista do Proesc (Programa Ensino Superior Comunitário), um programa de bolsas de estudo específico para nível superior, ofertado pela prefeitura municipal de Bagé/RS em parceria com a Universidade da Região da Campanha - URCAMP. Neste programa o aluno atua em um Posto de Atendimento Médico em atividades a serem propostas pelo serviço. O período deste estudo foi de março de 2011 a janeiro de 2013, de segunda a sextas-feiras, no turno da tarde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, percebeu-se no posto de saúde a não realização do exame físico, anamnese e orientações pós alta, havendo necessidade da implantação de um sistema de acolhimento e triagem pré-operatória, o que foi realizado com auxílio da equipe do local. Durante as entrevistas, pôde-se perceber os pacientes mais tranquilos para esclarecer dúvidas e escutaram com atenção as orientações quanto aos riscos, tornando o procedimento mais seguro e o paciente/família mais confiantes na equipe.

Foram realizados acolhimentos e entrevistas pré-operatórias, onde foi possível fornecer orientações sobre temas do interesse do paciente de acordo

com cada procedimento e com sua história clínica. Dentre as atividades destacamos: entrevista com a história completa do estado de saúde do paciente, exame físico completo, orientações de saúde, preparo para o procedimento, auxílio no procedimento, curativo da ferida operatória, orientações pós-cirúrgicas. Os temas abordados se relacionavam à: parada cardiorrespiratória; alergias medicamentosas; trombose venosa profunda; cuidados com a ferida operatória; hipertensão; diabetes; tabagismo e dependência ao álcool. Através da distribuição folders explicativos e conversas durante o turno de trabalho foram explanados os diferentes assuntos, abordando cada um em dias alternados.

Encontramos durante o trabalho grande número de hipertensos, o que nos mostra um elevado risco para hemorragias, fazendo com que muitas vezes tivéssemos que remarcar o procedimento, como também, um número significativo de diabéticos. Portanto, orientações sobre alimentação e cuidados com a ferida operatória foi de extrema relevância tanto para os pacientes, equipe e familiares envolvidos no cuidado. O uso de álcool também foi tema de conversas, visto o grande número de pacientes que fazem o uso “socialmente”, porém, observamos que este tema, preocupava diversos pacientes.

A implantação de um sistema de acolhimento e triagem pré-cirúrgica foi bem aceito pelos funcionários, pacientes e familiares, assim como complementaram o serviço do local, oferecendo serviços voltados à integralidade do cuidado, vendo o paciente como um ser único e de maneira holística.

4. CONCLUSÕES

Ações de educação na saúde, embasadas em princípios científicos como a prática baseada em evidências tornam-se relevantes no processo de trabalho da equipe de enfermagem. A troca de informações, entre os pacientes e a equipe demonstra o interesse em melhorar o cuidado prestado e ajuda a monitorar possíveis riscos, sanando dúvidas e tornando o paciente/família mais colaborativos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, RC; FINAMORE, EC; SILVA, EP; BARBOSA, VJ. O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. **Rev. Interdisciplinar da PUC minas do barreiro**, jul/dez. v10 n5. 2015.

CALLEGARO, GD; BAGGIO, MA; NASCIMENTO, KC; ERDMANN, AL. Cuidado Perioperatório sob o olhar do cliente. **Rev. Rene**. V11 n3. 2010

COSTA, VASF; SILVA, SCF; LIMA, VCP. O préoperatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**. V13 n2. 2010.

FERNANDES, EO; GUERRA, EE; PITREZ, FAB; FERNANDES, FM; ROSITO, GBA; GONZALES, HE; MEYER, I; NETO, LBS; FERNANDES, MS; SOIBELMAN, M; CARVALHO, RL. Avaliação pré-operatória e cuidados em

cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS, Porto Alegre.** v.54 n.2. abr.-jun. 2010.

LADDEN, CS. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1997. p.3-17

SILVA, HC; GONÇALVES, RMGM. A Consulta pré operatória. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.** v.5 n. 2. jul-dez. 2007.

SMELTZER, S. C. BARE.; B. G. Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, AA; SOUZA, Z.C; FENILI, RM. (2005). Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v7 n2. 2008.

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS FRENTE ÀS FAMÍLIAS DE PACIENTES COM CONDUTA SUICIDA

MICHELE MEDINA ZIEBELL¹; MALENA LESTON CARRASCO²;
ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS³; ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA
ARRIEIRA⁴; EDUARDA RAMIS PONTES⁵; ELIANA SOARES DOMINGUES⁶

¹Universidade Católica de Pelotas – micheleziebell@yahoo.com.br

²Universidade Católica de Pelotas – malenaleston@hotmail.com

³Universidade Católica de Pelotas – sandromarquessan@yahoo.com.br

⁴Universidade Católica de Pelotas – isa_arrieira@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande – eduardapontes.enf@gmail.com

⁶Universidade Católica de Pelotas – eliana.domingues@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O suicídio representa as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do resultado total de mortes em todo mundo). Esses números não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O Brasil possui um coeficiente considerado relativamente baixo por ser um país populoso, constitui-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídio, segundo dados compilados pela OMS. A taxa oficial de suicídio varia em torno de 4,1 por 100 mil/habitantes, é importante lembrar que o coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais (BRASIL, 2013). Em certas localidades, como por exemplo, o de lavradores do interior do Rio Grande do Sul, os coeficientes aproximam-se dos de países do Leste Europeu e da Escandinávia, na casa dos 15 a 30 por cem mil ao ano (BOTEGA, 2014).

Dessa forma, constituindo-se em um grave problema de saúde pública. E, neste contexto, é fundamental que a enfermagem esteja qualificada a prestar um atendimento ético, eficaz, reestabelecendo o paciente e sua família, à medida que, fornece apoio emocional priorizando a escuta qualificada e um cuidado livre de preconceitos ou julgamentos de valor, pois a pessoa que tenta suicídio e a sua família encontram-se em um momento de extrema vulnerabilidade (OLIVEIRA, 2016).

A relação desta temática, com a profissão da enfermagem, está nas diversas possibilidades de atuação do enfermeiro frente à pessoa suicida, pois estes profissionais formalmente instruídos para cuidar, necessitam estar adequadamente preparados para dar assistência integral a esse paciente e isso implica em dar assistência a sua família, sendo ouvintes atenciosos e fornecendo suporte profissional e pessoal com vistas a diminuir o sofrimento, angústia e desespero vivenciados por essa família (BURIOLA, 2011).

O cuidado a família do indivíduo que tentou suicídio pode ser construído através de uma linha de apoio emocional, mantendo-a informada e amparada. Com estas práticas o enfermeiro pode ir além de suas rotinas assistenciais estabelecendo o cuidado humanizado aos indivíduos participantes deste momento aflitivo, além de ajudar a minimizar o sofrimento e angústia presentes com frequência nestas famílias (BURIOLA, 2011). Famílias inseridas no contexto da crise suicida precisam de auxílio para que possam reconstruir-se como um sistema de apoio e proteção. Dessa forma, se evidencia a importância deste estudo, que tem por objetivo identificar algumas ações de atuação dos enfermeiros, frente às famílias de pacientes com conduta suicida, evidenciando a visão destes profissionais perante essas famílias e a contribuição deste olhar para a assistência de enfermagem.

2. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa acerca da atuação dos enfermeiros frente às famílias de pacientes com conduta suicida. Para tal, utilizou-se a base de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e sites de busca, nos quais foram encontrados 15 artigos, 1 atlas sobre desenvolvimento humano e 3 manuais sobre a temática suicídio. Foram utilizados como critério de inclusão os descritores: tentativa de suicídio, suicídio, cuidados de enfermagem, saúde mental, enfermagem psiquiátrica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conflitos familiares se destacam como importante fator de risco para o suicídio. Problemas como dificuldades de relacionamento e de comunicação, ausência de afeto e falta de apoio familiar por vezes estão na origem de comportamentos suicidas. A disfuncionalidade familiar é um risco ainda maior para crianças e adolescentes, visto que as relações familiares são importantes no desenvolvimento do indivíduo.

Sendo assim, o apoio à família é essencial para a recuperação do paciente e é demonstrado de diversas formas pelos enfermeiros, e se manifesta à medida que eles se dispõem a esclarecer dúvidas, prestar apoio emocional, oferecer um ambiente que possibilite privacidade e conforto, e principalmente dando atenção a essa família que se encontra fragilizada. Todas estas manifestações constituem formas diversificadas de oferta de cuidado.

O cuidado direcionado aos familiares, enquanto vivenciam o drama de ter um membro que tentou suicídio, se torna um toque de alívio, pois enquanto os enfermeiros procuram compreender as necessidades enfrentadas pelos que participam da vida do suicida, pondo-se em seu lugar, estão de forma direta diminuindo sua aflição e dor.

A visão do profissional enfermeiro perante as famílias destes pacientes é, de que estes, encontram-se assustados com o fato, preocupados com o estado de saúde do paciente, e em alerta para o que possa ocorrer. Por isso, é fundamental a presença de carinho, de delicadeza e de dedicação durante o convívio com esses pacientes e seus familiares.

4. CONCLUSÕES

O estudo apresentou algumas ações dos enfermeiros junto aos familiares de pessoas que tentaram suicídio, e mostrou que o cuidado de forma atenta à família é tão importante quanto aquele oferecido ao próprio suicida, uma vez que ela é parte indissociável desse ser, atuando como apoio para sua recuperação.

Assim, o cuidado ao indivíduo e sua família é a verdadeira razão de se desenvolver novas ações que melhorem a assistência à saúde. Com base nessas considerações, destaca-se a importância do tema e a realização de novos estudos, pois são necessários para apoiarem, cada vez mais, as ações dos enfermeiros na abordagem às famílias de pacientes que tentaram suicídio, para aprimorar e gerar novas fontes de intervenções junto aos pacientes e aos serviços envolvidos, buscando medidas preventivas que melhorem a qualidade da assistência prestada ao paciente e sua família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Atlas. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. v. 16, 2014. Disponível em: < <http://www.novomilenio.inf.br/baixada/bsfotos/IDHM-PNUD-2010-Brasil.pdf>>. Acessado em: 25 ago. 2017.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>>. Acessado em: 25 ago. 2017.

BURIOLA, A. A.; ARNAUTS, I.; DECESARO, M. N.; OLIVEIRA, M. L F.; MARCON, S. S. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 710-716, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a08v15n4.pdf>>. Acessado em: 25 ago. 2017.

OLIVEIRA, E. N.; FELIX, T. A.; MENDONÇA, C. B. L.; LIMA, P. S. F.; FREIRE, A. S.; MOREIRA, R. M. M. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967/723>>. Acessado em: 25 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Country reports and charts available, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf>. Acessado em: 25 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Impact of economic crises on mental health, 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf>. Acessado em: 25 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Pilot version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>>. Acessado em: 25 ago. 2017.

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: FATORES DE RISCO
RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR**

JOCILÉIA DA SILVA BEZERRA¹; ANA PAULA LEMOS DE ARAÚJO²;
ANDREZA DANTAS RIBEIRO³; BRENDA DOS SANTOS COUTINHO⁴;
CRISTIANO GONÇALVES MORAIS⁵; IRINÉIA DE OLIVEIRA BACELAR
SIMPLÍCIO⁶

¹ Instituto Esperança de Ensino Superior (IESPES) - e-mail: jocileiabezerra02@gmail.com

² Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII – e-mail: araujopaula.86@gmail.com

³ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII – e-mail: andrezadants@gmail.com

⁴ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII – e-mail: brenda3996@hotmail.com

⁵ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII – e-mail: cristianoalv7s@gmail.com

⁶ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII – e-mail: irineiabacelar12@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) trata da relação entre as expectativas e a efetivação dos projetos de um indivíduo. Ressalta-se que a QVT está ligada à saúde do trabalhador e não deve ser considerada de forma isolada, pois permeia as singularidades da rotina diária e as atividades laborais (BARBOSA, 2016). Dessa forma, a Qualidade de Vida (QV) inclui hábitos saudáveis, cuidado com o corpo, lazer e práticas de atividades físicas (MASSOLLA; CALDERARI, 2011). A partir disso, o objetivo do estudo foi investigar os fatores de riscos à saúde em trabalhadores de uma empresa exportadora de grãos, no município de Santarém-PA.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de cunho quantitativo, realizado por docentes e discentes da Universidade do Estado do Pará em atividades de extensão, com enfoque para a educação em saúde. O local foi uma empresa exportadora de grãos, no município de Santarém-PA, em abril de 2016. As variáveis coletadas foram: faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação na empresa, Índice de Massa Corpórea (peso e altura), circunferência abdominal, prática de atividade física e consumo alimentar. O estudo obedeceu aos princípios éticos dispostos pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12. Os dados foram analisados em frequência absoluta e média no software Excel 2013.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 65 trabalhadores, 80% eram do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 60 anos de idade, média de 31,6 anos. Referente à escolaridade dos participantes, 53,8% tinham ensino médio completo. Os colaboradores eram advindos de vários setores da empresa, sendo a maioria, marinheiros fluviais de convés e auxiliares administrativos, 15% e 7% cada,

respectivamente. Relacionado ao Índice de Massa Corporal (IMC), 66,1% estavam com sobrepeso ou obesidade. Deste modo, ressalta-se que a QV é afetada perante um IMC elevado, a exemplo dos estudos de Santos e Pereira (2008) e Kunkel et al. (2009). Na análise da circunferência abdominal (CA) nas mulheres, 46% exibiram CA entre 80 e 88 cm ou maior que 88 cm, já os homens, 19% tinham CA maior ou igual a 102 cm. Destaca-se a relação da CA aumentada com o risco cardiovascular e metabólico (CARVALHO et al., 2015). Quanto à prática de atividades físicas, 56,9% realizavam algum tipo, destes, 43,2% faziam com frequência maior ou igual a 3 (três) vezes na semana e a caminhada foi o tipo de atividade mais praticada, com 27%. Como é salientado na pesquisa de Reis et al. (2017), os indivíduos inativos possuem uma percepção ruim da qualidade de vida em todos os seus domínios. No que diz respeito à forma como os participantes consideram sua alimentação, 49,2% afirmou ser boa; 46,2% razoável e 4,6% ruim ou péssima e, em relação ao fracionamento desta, 44,6% disseram ter 3 (três) refeições ao dia e 47,7% mais de 3 (três) refeições. Outro questionamento abordado com os trabalhadores foi acerca do consumo de determinadas classes de alimentos, dessa forma, para bolos, tortas e doces (38,4% referiram consumir com frequência e 61,5% raramente); arroz, macarrão e pão (93,9% frequente e 6,1% raramente); carnes e peixes (98,5% frequente e 1,5% raramente); frutas e verduras (89,2% frequente e 10,8% raramente); leite e derivados (66,1% frequente e 33,9% raramente) e gorduras e frituras (41,5% frequente e 58,5% raramente). Mudanças na alimentação, com enfoque na qualidade e quantidade, em conjunto com a prática de atividade física são efetivas na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e interferem positivamente na qualidade de vida, os aspectos desses dois fatores de risco modificáveis devem ser considerados, logo a quantidade energética deve ser adequada e fracionada em 5 a 6 refeições/lanches diários (BRASIL, 2006).

4. CONCLUSÕES

Os fatores que interferem na saúde do trabalhador englobam o meio social do indivíduo, observado que a doença não é decorrente de um fator isolado. Percebe-se que o comprometimento da saúde exerce influência direta na QVT, o que nos remete a necessidade de uma reeducação comportamental e, sobretudo elaborar estratégias exequíveis a médio e longo prazo, que permitam implantar atividades voltadas para promoção à saúde do trabalhador que favoreça a QVT.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, C. V. Qualidade de vida no trabalho. **Revista Inter Atividade**, v.4, n.1, 27-37p, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n.16 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, C. A.; FONSECA, P. C. A.; BARBOSA, J. B.; MACHADO, S. P.; SANTOS, Alcione Miranda dos; SILVA, A. A. M. Associação entre fatores de

risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, 479-90p, 2015.

KUNKEL, N.; OLIVEIRA, W. F. de; PERES, M. A. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.2, 226-35p, 2009.

MASSOLLA, M. F.; CALDERARI, P. Qualidade de vida no trabalho. **III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO: Educação e Pesquisa: a produção do conhecimento e a formação de pesquisadores**, 1-11p, 2011.

SANTOS, R.; PEREIRA, J. O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. **Revista portuguesa de saúde pública**, v.26, n.1, 25-37p, 2008.

REIS, A. S. F.; OLIVEIRA, B. G. de; BOMFIM, E. dos S. et al. Avaliação da influencia do nível de atividade física na qualidade de vida do professor universitário. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.24, n.1, 75-80p, 2017.

GOOGLE DRIVE COMO FERRAMENTA DE ENSINO E APRENDIZAGEM PARA ALUNOS DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Fábio Silva Da Rosa¹; Juliana Harres²; Pedro Guilherme Propodolski³

¹ Professor na Faculdade FACTUM; Enfermeiro no Hospital Mãe de Deus (RS); –
fabiorosa18@gmail.com

² Professor na Faculdade FACTUM; Enfermeiro no Hospital Mãe de Deus (RS); –
julianaharres@gmail.com

³ Estudante do curso de pós-graduação Enfermagem em Emergência – Instituto São Camilo;
Enfermeiro no Hospital Santo Antônio (SC) – protetepedro@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Com o uso da *Internet* na vida social contemporânea aliado à constante evolução das tecnologias da informação e comunicação tem-se proporcionado uma conexão virtual cada vez maior dos indivíduos. Assim a necessidade de inovar a forma de comunicação nos ambientes de ensino com o uso da interação virtual e a busca de informações online tem inspirado a criatividade de professores à procura de complementos para suas práticas de ensino.

Para Santiago e Santos (2014) o acesso à internet permite que os usuários compartilhem conhecimentos e participem na construção e difusão de informações que antes eram restritos apenas aos meios de comunicação, tais como: rádios, jornais e televisão. A utilização de ferramentas e/ou instrumentos tecnológicos podem viabilizar aprendizagens, entretenimento ou compartilhamento de informações.

Além dos *websites* educativos disponíveis na *Internet*, outros como *Youtube*, *Twitter*, *Facebook* e *Google Docs* podem ser utilizados para atividades em sala de aula com a prerrogativa de recriar práticas educativas e torna-las mais atrativas para o aluno. É preciso que os professores superem a metodologia tradicional e busquem desenvolver estratégias pedagógicas que estejam relacionadas ao uso de instrumentos tecnológicos (SANTIAGO E SANTOS, 2014).

A partir deste contexto esse estudo tem o objetivo apresentar a contribuição do uso do *Google Drive* como um recurso tecnológico na construção dos projetos de pesquisa de alunos do curso de graduação em enfermagem.

2. METODOLOGIA

Esse trabalho apresenta o relato de experiência de uma vivência em sala de aula com abordagem inovadora para a construção do projeto de pesquisa para alunos de graduação em enfermagem. Foi utilizado pelo professor que ministra aulas no curso Bacharel em Enfermagem na disciplina pesquisa em enfermagem o *Google Drive* como ferramenta de trabalho.

O *Google Drive* é um ambiente desenvolvido pela *Google* com a função principal de armazenamento de arquivos em nuvens, ou seja, utilizando

memória de servidores online e permitindo o acesso remoto pela *Internet* sem a necessidade de instalação de programas ou armazenamento físico de dados (SANTIAGO; SANTOS, 2014).

Além da criação, edição e armazenamento de textos, apresentações de slides, planilhas, desenhos e formulários online, são possíveis à visualização e o compartilhamento total ou parcial dos arquivos (SANTIAGO E SANTOS, 2014). Tais possibilidades criaram um espaço de leitura e escrita onde todos os alunos se relacionavam com a possibilidade de visualizar os projetos de pesquisa uns dos outros.

Para que os alunos utilizassem a ferramenta o professor da disciplina criou uma pasta compartilhada com todos os alunos e nessa pasta cada aluno tinha um documento de texto para a elaboração do projeto de pesquisa. Conforme as etapas do projeto eram trabalhadas em sala de aula semanalmente os alunos tinham como tarefa elaborar a etapa referente trabalhada em aula no seu projeto.

A experiência foi compartilhada não somente com o professor que tinha acesso a todos os trabalhos para realizar as orientações e correções como também entre os alunos uma vez que o acesso era liberado entre eles, assim podiam trocar experiências e contribuir para a elaboração dos projetos uns dos outros.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de não ser de uso exclusivo para a educação, o *Google Drive* é extremamente útil para professores. Nele é possível escrever documentos, montar planilhas e apresentações de slides, criar formulários e organizar arquivos em pastas.

A diferença entre usar esses recursos através do *Drive* e pelo pacote *Office* instalado no computador é que além de possuir as funcionalidades já existentes em programas como *Word* e *Excel*, o *Drive* permite: salvar arquivos em uma plataforma online (que dispensa o uso de pen drives, impressões e e-mail), comentar trabalhos de forma fácil e direta e editar arquivos em conjunto, que possibilita a construção de textos e revisão por mais de uma pessoa (HEIDEMANN; OLIVEIRA 2010).

4. CONCLUSÕES

A partir desse relato de experiência podemos concluir que o *Google Drive* pode ser um grande aliado do ensino-aprendizado, pois, pela mediação deste recurso tecnológico o professor pode acompanhar o desenvolvimento do aluno e, ao mesmo tempo, ajudá-los no processo de produção textual.

Os alunos ao longo do semestre utilizaram o *Google Drive* e realizaram a construção do projeto de pesquisa com a supervisão direta do professor da disciplina o que possibilitou supervisão constante e correções e tempo real diminuindo a distância entre o docente e os alunos.

Esta vivência em sala de aula com alunos da graduação em enfermagem também revelou a importância da utilização de ferramentas tecnológicas no processo de ensino e aprendizagem e ampliação das possibilidades de inovar e utilizar a criatividade de forma planejada na educação do ensino superior.

Desse modo novas ferramentas tecnológicas devem ser exploradas para a utilização como forma de contribuir no ensino e aprendizagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HEIDEMANN, L. A; OLIVEIRA, Â. M. M. Ferramentas on-line no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs. **Revista Física na Escola**, v.111, n.2, 2010.

SANTIAGO, M. E. V; SANTOS, R. Google Drive como ferramenta de produção de textos em aulas de inglês instrumental. **Revista Intercâmbio**, v. 34, 83-107p, 2014.

ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA SBAR PARA PASSAGEM DE PLANTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Amanda Rullian Germann¹; Amanda Pestana Da Silva²; Caroline Scola da Silva³; Marcio Neres dos Santos⁴; Maria Cristina Lore Schilling⁵

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – amanda.germann@acad.pucrs.br

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – amanda.pestana@acad.pucrs.br

³Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – caroline.scola@acad.pucrs.br

⁴Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – marcio.neres@pucrs.br

⁵Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – maria.schilling@pucrs.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A passagem de plantão é um processo que visa à continuidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem e contribui para a organização do trabalho. A comunicação integra e sustenta esse processo. Os profissionais de saúde convivem constantemente com problemas de comunicação, que, conseqüentemente, interferem na continuidade, qualidade e consecução do trabalho ou na satisfação das necessidades dos profissionais, de forma que o trabalho transcorra de maneira produtiva e eficaz segundo (BROCA, 2015). O termo comunicação, em sua acepção mais fundamental, refere-se ao processo de compartilhar um mesmo objeto de consciência, pressupõe relação, troca. Já a informação pode ser considerada uma parte desse processo. Pode-se dizer que a informação é uma comunicação em potencial, assim, não temos comunicação sem informação (REBRAENSP, 2013; VIANA, 2010). Para o desenvolvimento do trabalho em equipe, a comunicação é importantíssima. A comunicação é, também, uma importante e essencial ferramenta na obtenção de valiosas informações para a condução terapêutica. A comunicação permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente, constituindo um aspecto essencial para a prática de enfermagem, uma vez que a maioria de suas ações ocorre no contexto das relações interpessoais. A passagem de plantão é um exercício de comunicação realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta e ou indireta ao paciente durante o turno de trabalho. É o momento em que a equipe de enfermagem se reúne para realizar o relato sobre o estado de saúde de cada paciente, assim como alterações ocorridas durante o turno e a identificação de necessidades para o planejamento e execução de medidas de enfermagem que possibilitem a eficácia do tratamento (COREN, 2010). A metodologia SBAR (Situação-Antecedentes-Avaliação-Recomendação) é um modo padronizado e simples de trocar informações, de forma clara e concisa. Nesta metodologia, quatro pontos são destacados: situação corresponde ao enunciado conciso do problema; *background*, à informação pertinente e breve acerca da situação/problema; avaliação, à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação à ação necessária/recomendada.

A metodologia pode ser utilizada em várias situações como, por exemplo, na passagem de plantão ou na transferência do paciente de uma unidade para outra. Nosso objetivo foi descrever a experiência da construção de um instrumento de passagem de plantão nas unidades de internação de um hospital universitário, baseado no método SBAR.

2. METODOLOGIA

O método foi composto pelas seguintes etapas: 1) Análise situacional nas unidades de internação; 2) Reuniões com enfermeiros assistenciais, enfermeiros líderes e supervisão de enfermagem, sugerindo uma adaptação do método SBAR como estratégia para melhorar a comunicação, visando segurança e qualificação da assistência; 3) Busca de evidências acerca da utilização da metodologia SBAR e sua implicação para a segurança do paciente; 4) Elaboração do instrumento adaptando as informações do termo em inglês SBAR para o contexto da instituição, denominado IHAR (Identificação-História-Avaliação-Recomendações); 5) Realização de oficinas de sensibilização e de apresentação do método para as equipes de enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A passagem de plantão é um processo comum para a maior parte das instituições de saúde. Na instituição pesquisada, durante a análise situacional e nas reuniões com as equipes assistenciais e gestoras, foram apontadas algumas características desse processo assistencial, tais como: fragilidade (porque depende de canais humanos para transmissão e recepção); complexidade (pela ampla inserção de informações); alta variabilidade (diferentes especialidades, gravidade dos pacientes, número de pacientes, entre outros); direcionamento da assistência direta e indireta (pois, transmite o contexto multiprofissional de atuação para e com o paciente). Após esse primeiro momento, foi realizada a busca de evidências acerca da utilização da metodologia SBAR e sua implicação para a segurança do paciente visando a construção de uma nova proposta, logo, o IHAR, adaptação do modelo SBAR. A realização das oficinas de sensibilização e de apresentação do método para as equipes de enfermagem tiveram adesão pela maioria das equipes envolvidas nas unidades piloto. As equipes apontaram que as oficinas serviram como um fator motivador para estabelecer um processo de comunicação coeso, efetivo e validado. Esse instrumento demonstrou ser uma ferramenta potencializadora para tornar a passagem de plantão em unidades de internação mais rápida, precisa, organizada e segura, fortalecendo a cultura de segurança do paciente. Além disso, proporcionou alto impacto no gerenciamento de recursos humanos (diminuiu o tempo de passagem de plantão); garantiu a continuidade e veracidade do cuidado (menor número de eventos adversos relacionados a passagem de plantão); aumentou a criticidade em três dimensões principais para a instituição: tempo, comunicação e segurança. A limitação desse estudo foi ter sido aplicado em algumas unidades piloto, não abrangendo a totalidade das unidades assistenciais do hospital escola e os colaboradores em seus respectivos turnos de trabalho. A perspectiva é a padronização da ferramenta IHAR para todas as unidades assistenciais.

4. CONCLUSÕES

O IHAR, adaptação do modelo SBAR, pode ser uma ferramenta potencializadora para tornar a passagem de plantão em unidades de internação mais rápida, precisa, organizada e segura, fortalecendo a cultura de segurança do paciente. O IHAR foi uma ferramenta que estimulou que a equipe formular um modelo mental, que facilitou a comunicação adequada, que, se de forma padronizada, evitou a variabilidade e erros.

5. REFERÊNCIAS

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a Segurança do Paciente: manual para profissionais da saúde**. EdiPUCRS, Porto Alegre 132p., 2013. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf. Acessado em: 04/08/2017.

BROCA, P.V; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 467-474p, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>. Acessado em: 04/08/2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 009/2010. Passagem de plantão. Acessado em: 04/08/2017. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_9.pdf.

SIQUEIRA, I.L.C.P; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.18, n.4, 446-451p, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a15v18n4.pdf>. Acessado em: 04/08/2017.

VIANA, D.L. **Boas Práticas de Enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2-17p, 2010.

**REDES DE APOIO AO USUÁRIO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E
FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA**

MARCIA HELENA BALTASSARE NUNES¹; HEDI CRECENCIA HECKLER
SIQUEIRA²; VANESSA SOARES MENDES PEDROSO³; SIDIANE TEIXEIRA
RODRIGUES⁴; AURELIA DANDA SAMPAIO⁵; BIBIANE MOURA DA ROSA⁶

¹Ufpel1 – enf.marciabaltassare@hotmail.com

²FURG – hedihs@gmail.com

³FURG – vanessoaresmendes@gmail.com

⁴Anhanguera – sidiane.enf@hotmail.com

⁵Anhanguera – aurelia.sampaio@hotmail.com

⁶FURG – bibianemoura1@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: (x) Eixo 2

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Dentre elas, a Doença Renal Crônica (DRC) necessita de uma atenção multidisciplinar voltada ao incentivo do autocuidado e adaptação em atitudes e comportamentos para a adoção de um estilo de vida saudável. O apoio familiar, de vizinhos, amigos, conhecidos, e o meio em que o usuário com DRC está inserido podem auxiliá-lo no cuidado necessário para manutenção da terapêutica (COLLIERE, 1999).

Fundamentada na teoria ecossistêmica, a experimentação da doença resulta em uma desordem que pode afetar vários níveis do organismo. O usuário com DRC interage com os demais sistemas que o cercam, influenciando e sendo influenciado pelas relações que se estabelecem entre os componentes que constituem seu espaço/ecossistema, formando redes (CAPRA, 2001; SIQUEIRA, 2001). Essas redes poderão influenciar no enfrentamento da DRC, conforme a interação estabelecida entre os elementos que as compõem.

Considerando o exposto, acredita-se que a compreensão frente à estrutura da rede social dos usuários com DRC se torna uma importante ferramenta, na promoção e recuperação da saúde, como também, na manutenção da terapêutica. Desta maneira, buscou-se com este estudo identificar e analisar as redes de apoio utilizadas pelo usuário com DRC e sua família, a partir de uma perspectiva ecossistêmica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido no contexto domiciliar de usuários com DRC em terapia de hemodiálise, residentes em dois municípios da região sul do Rio Grande do Sul. Os participantes foram 03 usuários e 03 familiares cuidadores, selecionados a partir de um Serviço de Terapia Renal Substitutiva, de um Hospital Universitário de médio porte da Região Sul do RS.

A pesquisa recebeu a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da saúde/FURG (CEPAS), mediante parecer N°. 182/2015. A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2016, por meio de entrevista semi-estruturada por um instrumento com questões abertas e

fechadas, elaborado para essa finalidade. A fim de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados pela letra U (usuário) seguida de um número arábico, observando a ordem da realização das entrevistas U1, U2 e U3. O familiar foi identificado por meio da letra F (familiar), seguida da identificação do usuário com DRC: FU1, FU2 e FU3.

Após a coleta, os dados foram transcritos e submetidos às etapas do método da análise temática descritas por Minayo, realizando-se a leitura flutuante dos dados, por meio de leituras exaustivas, selecionando as palavras mais significativas dos textos, em busca de sua organização. A seguir procedeu-se o agrupamento dos dados semelhantes e reagrupamento, formando subcategorias e categorias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou que os participantes identificaram vários locais e pessoas com as quais interagem e que constituem apoio em diversos domínios de suas vidas. As instituições frequentadas e pessoas citadas foram: instituições de saúde (Unidade Básica); Residência de familiares; ambientes religiosos (igreja, centro espírita), casa de amigos, escola e ambientes sociais (bares, quadras de futebol, pizzeria, locais para dançar, praia, feira e ponto de táxi).

Dentre as atividades exercidas pelos usuários e familiares nas instituições ou com as pessoas que compõem sua rede, foram mencionadas as de lazer, de socialização, religiosas, comunitárias e para manutenção da saúde.

A pesquisa ainda evidenciou que os apoios fornecidos aos usuários e familiares são de diversificadas formas, tais como: necessidades quanto à manutenção e reparação da saúde do usuário, apoio emocional, apoio logístico nas atividades familiares, apoio na alteração de horários de trabalho e apoio espiritual.

A partir das entrevistas realizadas foi possível identificar a família nuclear como a principal fonte de apoio do usuário e aos próprios cuidadores. Outro elemento importante foi o apoio espiritual, ofertado por instituições religiosas e pela espiritualidade, dimensão inerente ao indivíduo, pautado na tranquilidade emitida, no entendimento da doença em termos espirituais e na força para o enfrentamento relacionado às dificuldades resultantes da doença. Por outro lado, alguns relatos evidenciaram uma lacuna relacional entre os serviços de saúde e usuários/família, com uma vinculação enfraquecida capaz de interferir na adesão ao tratamento e autocuidado.

Ao ponderar acerca dos pressupostos do pensamento ecossistêmico a manutenção da terapêutica pelo usuário com DRC está relacionada a uma concepção ampliada e diferenciada incluindo o espaço que o cerca e as inter-relações que se formam entre os elementos que constituem o ambiente em que vive, formando redes.

Foi possível identificar que as redes servem de apoio ao usuário com DRC e família, o que se constitui numa importante ferramenta de cuidado, visto que esses elos apoiadores poderão auxiliar na condução de práticas de cuidado necessárias, minimizando a sobrecarga familiar e fornecer estímulos ao enfrentamento da doença. Desta maneira, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde se aproximem desse contexto, a fim de proporcionar

cuidado integralizado e humanizado e, assim participar da rede de apoio aos usuários e familiares com DRC.

4. CONCLUSÕES

Pondera-se que os profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros, atores essenciais no processo de cuidar, necessitam inserir-se na rede de apoio ao usuário com DRC e vê-lo como um ser único, que necessita de apoio, compreensão, orientação e energia para superar as consequências do seu estado de saúde. No mesmo sentido, a apreensão por parte do enfermeiro, do ambiente do usuário e família, e de suas inter-relações, pode instrumentalizá-los para a prática do autocuidado, por meio de orientações individualizadas e possíveis de serem executadas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLIERE, MF. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1999.

CAPRA, F. **O ponto de Mutação.** São Paulo: Cultrix; 2001.

SIQUEIRA, HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar – um novo modo de pensar e agir [Tese] Universidade de Santa Catarina, Florianópolis; 2001.

**TRATAMENTO CONSERVADOR RENAL NA INFANCIA:
INTERAÇÕES MATERNAS COM A REDE DE APOIO SOCIAL**

FERNANDA LISE¹; EDA SCHWARTZ²; VIVIAN MARTEN MILBRATH³;
BIANCA POZZA DOS SANTOS⁴; ELIANA BUSS⁵; MARINÉIA ALBRECHT
KICKHÖFEL⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – fernandalise@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – eschwartz@terra.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – vivianemarten@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – bi.santos@bol.com.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – busseliana@yahoo.com.br

⁶Universidade Federal de Pelotas – marineiakickhofel@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica quando ocorre na infância ou na adolescência, é considerada pela família um evento complexo, que atinge todos os membros, sendo desencadeadora de mudanças na dinâmica familiar, carências na qualidade de vida, a qual acomete com maior frequência e intensidade a mãe por ser a cuidadora principal, necessitando, portanto, de ajustes e de apoio com as novas demandas (LISE et al. 2016). Dessa forma, este estudo teve como objetivo conhecer a interação da mãe da criança em tratamento conservador renal com a rede de apoio social.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado a luz do interacionismo simbólico uma vez que se trata de um referencial teórico que busca reconhecer como as pessoas interagem, e assim, compreender o seu comportamento frente a situações vivenciadas (CHARON, 2010).

A coleta de dados foi realizada de abril a agosto de 2015, com 11 mães de crianças em tratamento conservador renal, oriundas de um serviço ambulatorial público de nefrologia pediátrica localizado no Sul do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O contato inicial com as participantes ocorreu no serviço de nefrologia pediátrica no dia da consulta da criança com o nefrologista.

Como instrumento para a coleta dos dados, utilizou-se entrevista semiestruturada. Após as entrevistas, realizou-se a construção do genograma e ecomapa para identificar a rede de apoio social das mães das crianças em tratamento conservador renal. Para a análise de dados utilizou-se a análise convencional, concomitante a realização das entrevistas (HSIEH; SHANNON, 2005). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, parecer nº. 985.770 e CAAE nº 41609214.8.0000.5316.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados permitiram conhecer a interação das mães das crianças em tratamento conservador com a renal rede de apoio. Observou-se que esta é formada por rede de apoio formal e informal, sendo apresentados nas

categorias “Sendo amparada pela rede de apoio social formal” e “Sendo amparada pela rede de apoio social informal” que serão descritos após a apresentação dos genogramas e ecomapas.

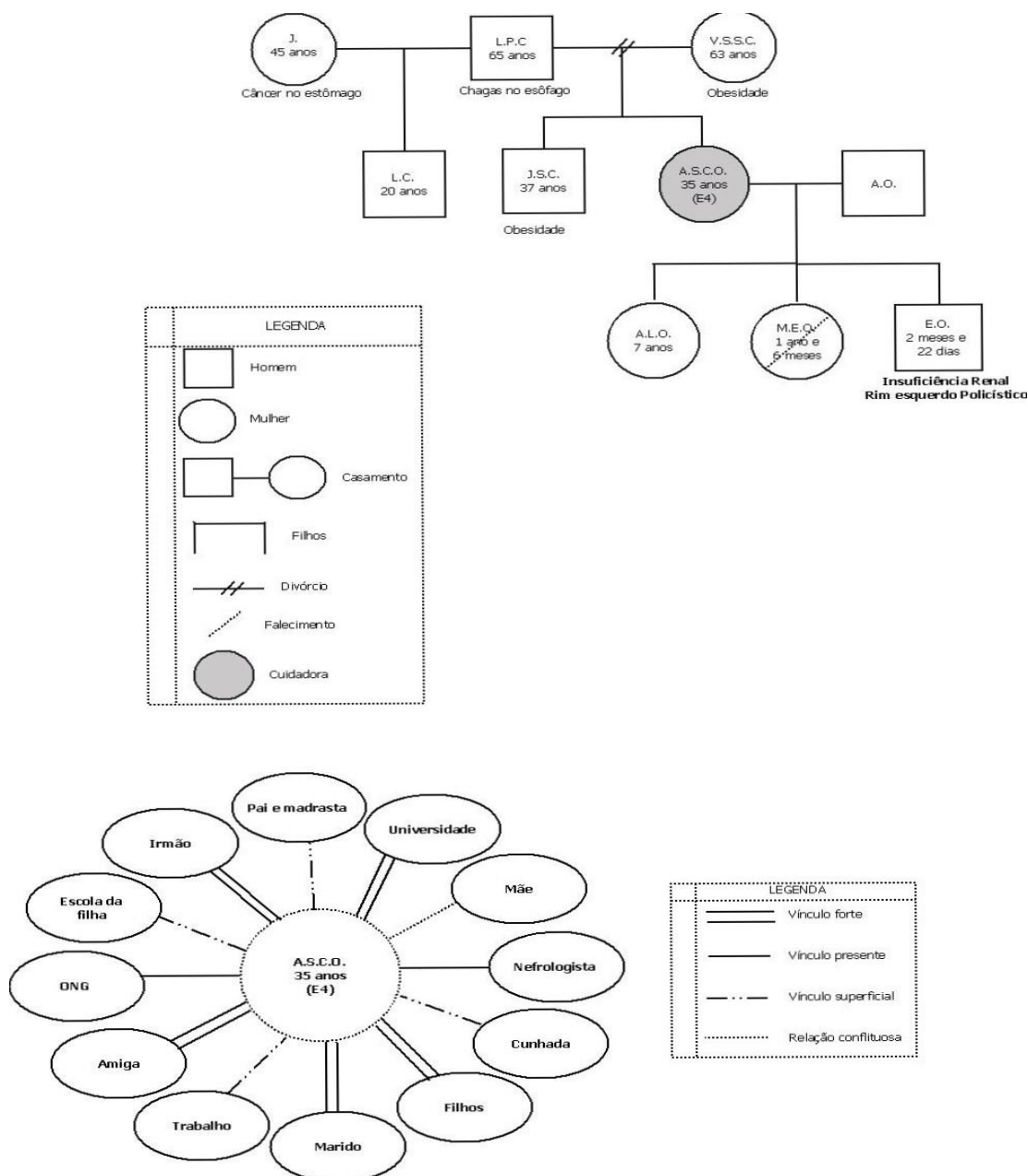


Figura 1: Genogramas e ecomapas das mães das crianças em tratamento conservador renal, 2015.

A rede de apoio formal foi formada por profissionais e serviços de saúde, organização não governamental (ONG) e escola. Tais formas de apoio estiveram relacionadas com o recebimento de informações e orientações.

Na rede social formal, as mães consideraram os profissionais como membros de sua família pela relação de confiança estabelecida. Isso significa que os profissionais podem apresentar características empáticas e ofertar cuidado humanizado que as mães percebem nas relações concebidas como de apoio, confiança e segurança (BALTOR et al. 2013).

Para tanto, sugere-se a utilização do genograma e do ecomapa como instrumento terapêutico favorável para a aproximação dos e profissionais e das famílias (NASCIMENTO et al. 2014). A luz do interacionismo simbólico, a experiência vivenciada pela mãe com o profissional, mostrou o significado expressado com palavras de sentido fraternal, ao associar a médica com a figura materna. Isto é decorrente da interação social, fruto da reflexão, interpretação e ação dos indivíduos (CHARON, 2010; SANDSTROM; MARTIN; FINE, 2016). Assim, a interação estabelecida pelo profissional e a mãe promoveu a confiança em relação ao cuidado à criança em tratamento conservador renal.

Na categoria “Sendo amparada pela rede de apoio social informal” é abordada a rede de apoio social informal, a qual é formada pela família (marido, filhos, cunhada, sogra, avós, tios e irmãos) e espiritualidade, relacionado à fé que proporcionou visão otimista em relação ao futuro. A família foi descrita como uma fonte de apoio social, emocional e financeira.

A rede de apoio informal das mães das crianças em tratamento conservador renal é formada pelos membros da família nuclear e extensa. Esta interação é percebida como positiva, pois, existe colaboração no cuidado com a saúde da criança, aliviando a sobrecarga materna. Ainda, pode ser considerada como uma forma de complementação à rede de apoio formal. Contudo, vai além da regulação do Estado, pois, cada núcleo familiar, busca no apoio disponível forma de organização para atender as necessidades de cuidado.

4. CONCLUSÕES

Os resultados podem permitir a enfermagem, compreender como as famílias encontram equilíbrio nas relações estabelecidas com sua rede social de apoio e o O interacionismo simbólico pode ser um desenho importante para compreender estas relações.

Salienta-se que apesar da interação ter um sentido individual, é regulado por construções sociais e a enfermagem, pode utilizar na sua prática, como instrumentos de avaliação da rede de apoio social o genograma e o ecomapa, com o objetivo de estabelecer vínculo e melhorar a qualidade da avaliação e intervenção.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTOR, M.R.R.; MATOS, A.P.K.; WERNET, M.; FERREIRA, N.M.L.A.; DUPAS, G. Percepções da família da criança com doença crônica frente às relações com profissionais da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.4, p.808-14, 2013.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration**. Pearson College Division. 2010.

HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v.15, n.9, p.1277-1288, 2005.

LISE, F.; SCHWARTZ, E.; DOS SANTOS, B. P.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; MILBRATH, V. M.; GARCIA, R. P. Atenção às famílias de crianças com insuficiência renal: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v.10, n.3, p.1535-1543, 2016.

NASCIMENTO, L.C.; DANTAS, I.R.O.; ANDRADE, R.D.; MELLO, D.F. Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, p.211-20, 2014.

SANDSTROM, K.L.; MARTIN, D.D.; FINE, G.A. **Símbolos, selves e realidade social: Uma abordagem interacionista simbólica a sociologia social e a sociologia**. Petrópolis: Vozes. 2016.

**A SAÚDE MENTAL E O DIAGNÓSTICO: ANÁLISE SOBRE O EFEITO
DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

DÉBORA DE MELLO LISBOA¹; MARCELENE SOUZA DUARTE, JOSÉ
RICARDO KREUTZ²

¹Universidade Federal de Pelotas – debora.lisboa@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – duartecelene@hotmail.com; jrkreutz@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um local de atendimento da área da Saúde Mental que visa à reabilitação psicossocial e a reinserção na sociedade dos pacientes que procuram atendimento no serviço. Tendo isso em vista, o presente trabalho abordará a temática do diagnóstico, sobre como esse pode influenciar na identidade dos indivíduos e, por fim, irá enfatizar uma intervenção que transcenda as barreiras da cura e do enfoque na doença.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi construído por meio de pesquisa bibliográfica, através de leituras de artigos, livros e trabalhos sobre os temas centrais. Além disso, foi realizado trabalho de campo - durante quatro meses- de duas estagiárias no serviço do CAPS Fragata – Pelotas/RS. Tal conjunto de arcabouço possibilitou reflexões aprofundadas acerca da temática, e tornou possível um encaminhamento para o resultado final.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição que, segundo o Ministério da Saúde (2004), tem o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substituto às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004)

Os atendimentos no CAPS são realizados por uma equipe multiprofissional, e acontecem, principalmente, através de grupos e oficinas de tratamento. Segundo Souza (2011), frente à crescente demanda por atendimento psicológico, o modelo tradicional de psicoterapia individual não tem sido mais suficiente, e a psicoterapia em grupo tem se destacado como uma alternativa para a realização de um trabalho que tenha uma abrangência maior.

Para auxiliar no tratamento dos pacientes, os diagnósticos psiquiátricos são vistos como essenciais. Porém, esses podem exercer um efeito negativo aos usuários. Segundo Silva e Brandalise (2008), o homem constitui sua identidade a partir das relações que estabelece com os outros e com o mundo

e acaba por interiorizar valores que foram a ele atribuídos. Dessa forma, nota-se que a atribuição de diagnósticos aos pacientes, apesar dos efeitos positivos no tratamento da doença, pode gerar alguns resultados negativos, como a “rotulação” e interiorização da doença.

De acordo com Baremlitt (2002), “[...] toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: a institucionalização.” A partir disso, percebe-se que dentro do CAPS, encontra-se como força instituída o diagnóstico, que possui uma significativa importância para o serviço. Entretanto, essa identificação dos pacientes com a patologia pode acabar promovendo que eles se esqueçam de quem são, esqueçam-se das suas subjetividades, das suas identidades, e que vivam o nome de seus diagnósticos, pois segundo Silva e Brandalise (2010), ao ser visto como “doente mental” o indivíduo pode acabar se identificando com este rótulo e com os atributos que a ele estão atrelados.

Por meio da experiência vivida no CAPS Fragata, foi possível perceber que, afirmando essa força já instituída no serviço, estão os Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Estes registros são obrigatoriamente preenchidos e contém o diagnóstico do paciente que é descrito de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Em cada RAAS, que é encaminhada para um órgão fiscalizador, também contém informações pessoais do usuário, seguido de cada procedimento que ele realizou no estabelecimento.

Um dos principais problemas encontrados na RAAS, é que ela deve ser preenchida desde o início do tratamento do paciente no serviço. Entretanto, os diagnósticos nem sempre podem ser rapidamente estabelecidos. Muitas vezes, é necessário um tempo de acompanhamento para que o profissional possa diagnosticar. Porém, a partir dessa burocracia, também instituída, o profissional se vê pressionado a rapidamente dar um diagnóstico, ou a apenas repetir o diagnóstico já estabelecido em outro serviço.

Com isso, percebe-se que os diagnósticos, além de auxiliarem no tratamento, possuem uma finalidade burocrática para os profissionais do CAPS. Entretanto, através da experiência na instituição, foi possível perceber que a descrição da doença ao usuário nem sempre o beneficia. Houve alguns momentos em que os psicólogos precisavam estimular que os pacientes – que repetiam várias vezes as suas doenças em suas falas -passassem a se reconhecer como indivíduos e que não deixassem as patologias os definirem como pessoa. Segundo Adnet (s.d.), a rotulação de pacientes em razão de sua doença não melhorará em nada a sua condição, pelo contrário, poderá trazer prejuízos sérios à sua auto-estima e visão própria de sua inserção e papel no contexto da existência.

É necessário salientar que para o profissional o diagnóstico possui importância, pois é ele que irá auxiliar no tratamento de cada paciente, porém, é essencial lembrar que cada ser é único, tem sua subjetividade, e não deve definir sua vida a partir da sua doença. Segundo Brandão e Bomfim (2015) o CAPS propicia a reconstrução de identidades fragmentadas quando devolve a fala ao paciente, dá suporte à família angustiada, estimula a participação social, supera o modelo médico através do trabalho em equipe e realiza parcerias com os diversos programas e serviços. Ademais, é necessário que o serviço encontre formas de sobrepujar essa “rotulação” dos diagnósticos feitos

pelos pacientes – e às vezes até pelos profissionais – para que seja possível propiciar a reconstrução integral das suas identidades.

4. CONCLUSÕES

Foi possível identificar que apesar de esse modelo institucionalizado de diagnóstico ao paciente promover a rotulação de sua identidade e também a exclusão, visto que o indivíduo acaba sentindo-se diferente na sociedade, as literaturas sobre a temática ainda são escassas e não foram encontrados muitos trabalhos que enfoquem nesta temática.

Diante disso, percebe-se ser fundamental o aumento de estudos sobre a temática e, também, que haja uma relação mais estreita do serviço de atenção psicossocial com os usuários através de, por exemplo, visitas dos profissionais aos territórios dos pacientes. Essas teriam o objetivo de auxiliar que os usuários restabeleçam seus vínculos, retirem o foco da doença, bem como, reconstruam suas identidades e se vejam como indivíduos, e não como seus diagnósticos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADNET, E. **Os rótulos dos diagnósticos em pacientes da psiquiatria.** (s.d.) Disponível em: <<http://medico-psiquiatra.com/principal/Rotulos-Diagnosticos-em-Psiquiatria.html>>

BAREMBLITT, G. F. **Compendio de analise institucional e outras correntes:** teoria e pratica. 5ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002. 197 p.

BRANDÃO, I. R.; BOMFIM, Z. A. C. **Os jardins da psicologia comunitária:** escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. 2º ed. North Charleston (USA). AmazonBooks. 263 p. 2015.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Brasília – DF. 86 p. 2004.

SILVIA, R. S.; BRANDALISE, F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. Santa Catarina. **Advances in Health Psychology.** 2008.

SOUZA, C. A. **Psicoterapia de grupo em uma abordagem fenomenológica-existencial: um estudo exploratório.** São Paulo. 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/225632290/Yalom-Psict-de-Grupo-Resumo>>

**ESCOLA: ESPAÇO PARA MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS E
ATITUDES?**

GRACIELE DOTTO CASTRO¹; CÍNTIA BEATRIZ GOI²; SABRINA AZEVEDO
WAGNER BENETTI³; VERSIÉRI OLIVEIRA DE ALMEIDA⁴; HUMBERTO
SALAMONI⁵; MADALENA ROTTA⁶

¹ Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – graciele.castro@iffarroupilha.edu.br

² Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – cintiabgoi@bol.com.br

³ Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – sabrina.benetti@hotmail.com

⁴ Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – versieri.almeida@iffarroupilha.edu.br

⁵ Hospital Santo Antônio da Cidade de Tenente Portela/RS – salamoni09@yahoo.com.br

⁶ Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – madarotta@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A escola é um espaço importante para a articulação e desenvolvimento de ações educativas em saúde, composta por adolescentes e jovens que compartilham conhecimentos e habilidades adquiridas, através de uma integração com profissionais da saúde, professores, comunidade e familiares, alcançando muitas vezes a mudança de comportamento e atitudes (BRASIL,2006).

Como a escola tem o papel de realizar o ensino aprendizagem e formar um aluno crítico reflexivo, além disso corresponsável por suas atitudes, foi que o setor de saúde do Instituto Federal Farroupilha – IFFar, Campus Panambi, Rio Grande do Sul sentiu-se motivado a dar continuidade a segunda edição do Projeto Saúde e Prevenção. Esse se origina do modelo do Ministério da Saúde com parceria com o Ministério da Educação “Saúde e Prevenções nas Escolas”, tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes.

As ações do projeto visam minimizar a vulnerabilidade desse público às doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais, HIV e Aids, gravidez na adolescência, uso indevido de drogas e também questões relacionadas à gêneros e à diversidade sexual no espaço escolar. A finalidade é colaborar para a formação integral de alunos, através da prevenção e promoção da saúde e da conscientização e disseminação do conhecimento adquirido através dos temas trabalhados com os multiplicadores.

Nesse relato nos remetemos a aprofundar a discussão relativa as “*Hepatites Virais*”. Optamos por esse enfoque devido ao engajamento das profissionais de saúde com a temática e pela riqueza do momento. O objetivo é descrever a discussão entre multiplicadores e profissionais de saúde do Instituto Federal Farroupilha referente as hepatites virais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, com base nos conhecimentos adquiridos no projeto Saúde e Prevenção no Instituto Federal Farroupilha, campus Panambi. O projeto é composto por três representantes de cada turma, do ensino médio, cursos integrados que

totalizam vinte e sete multiplicadores. Os encontros são quinzenais e ocorrem em forma de palestras, oficinas, filmes, discussões e dinâmicas, contam com a participação de diversos profissionais. Após a formação os discentes retornam a sala de aula para compartilhar seus conhecimentos com os colegas.

A temática "*Hepatites Virais*" foi abordada no segundo encontro do projeto que aconteceu no mês de maio. Ao longo de duas horas, os vinte e cinco adolescentes presentes e as coordenadoras, se envolveram com a discussão da temática proposta. Iniciou-se com a apresentação do assunto em slides e o grupo foi compartilhando dúvidas e conhecimentos.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escola é o local em que se concentra muitos jovens e adolescentes, cheios de dúvidas, incertezas e medo. Segundo Valença e Germano (2009), essa fase é marcada por várias mudanças físicas, psíquicas, comportamentais e sociais, num período que ocorre à transição entre a infância e a vida adulta. Nesse contexto, ambiente escolar torna-se um facilitador para o desenvolvimento de atividades de educação e saúde, por isso, optou-se por abordar sobre as "Hepatite Virais", grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

As hepatites virais são infecções que podem ser causadas por diferentes agentes etiológicos, possuem em comum o hepatotropismo primário, que podem evoluir a forma aguda ou crônica, com a manifestação de sintomas ou não, o que dependerá do agente viral envolvido e da imunogenética do paciente (NUNES et al., 2017).

Na apresentação do tema "*Hepatites Virais*" ao grupo de multiplicadores. A atividade iniciou com os alunos sentados em círculo e as facilitadoras do setor de saúde começaram a abordar o tema através de explanações em slides, no qual foi abordado sobre os índices de incidência e prevalência da doença e as diferenças entre as Hepatites A, B e C. Percebeu-se nesse momento curiosidades e dúvidas por parte dos alunos, levando-os a refletir em condutas pessoais e até mesmo aquelas atitudes confidenciais por amigos.

Outro ponto abordado foi a respeito da transmissibilidade, formas de prevenção, diagnóstico, tratamento e período de incubação. Pode se perceber que muitos adolescentes possuíam algum conhecimento prévio, mas a grande maioria, não sabiam sobre os riscos de contaminação. A curiosidade maior se deu em relação as tatuagens, *piercings* e uso de alicates para cutículas, pois os adolescentes não tinham conhecimentos dos cuidados necessários com o uso adequado desses materiais, sem riscos de contaminação. Foram esclarecidas dúvidas com relação aos modos de transmissão, conscientizando-os que a melhor forma de cuidado é a prevenção.

Para encerramento da atividade foi realizada a dinâmica com balões, em que cada integrante amarrava em seu tornozelo um balão cheio e os adolescentes precisavam proteger o seu, pois esse representava o vírus das hepatites e sempre que deixasse o outro estourar era como se estivesse sendo contaminado.

4. CONCLUSÕES

O setor de saúde do IFFar- *Campus* Panambi/RS com o projeto Saúde e Prevenção teve a possibilidade de se aproximar dos adolescentes, compartilhar conhecimentos e construir com esse público jovem a discussão de ações de educação e prevenção referente as hepatites virais.

Além disso, esses jovens possuem a tarefa e a responsabilidade de multiplicar e disseminar os conhecimentos adquiridos no grupo e na sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas**: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília, 2006.

NUNES, H. M. et al. As hepatites virais: aspectos epidemiológicos, clínicos e de prevenção em municípios da Microrregião de Parauapebas, sudeste do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 29-35, 2017.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Percepção da autoimagem e satisfação corporal em adolescentes: perspectiva do cuidado integral na enfermagem. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 10, n. 4, 2009.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VANUSA THAINE LUBINI¹; JANAINA QUINZEN WILLRICH²; MIRELA FARIAS PICKERSGILL³

¹Prefeitura Municipal de Rio Pardo/RS – vanusa.lubini@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – janainaqwill@yahoo.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – mirelapick@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) reorientou a prática assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, sendo a família abordada de forma integral, mesclando o saber popular ao técnico científico (BRASIL, 2001). É considerada também um espaço integral de educação para a melhoria da qualidade de vida da população e acesso aos serviços de saúde.

Cabe à equipe, especialmente ao enfermeiro, promover a educação em saúde através de ações de cuidado baseadas nos princípios da promoção da saúde visando a integração e desenvolvimento de saberes assim caracterizando-se como um processo teórico-prático, e de acordo com Freire (2002), contemplando também a educação para a autonomia, considerando as diferentes dimensões humanas, partindo das vivências e dos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

Este trabalho objetivou identificar quais são as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros em uma unidade básica de ESF, identificando os cenários e as estratégias desenvolvidas e discutindo as potencialidades e fragilidades envolvidas neste processo levando em conta o impacto nos indicadores de saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, realizado com dois enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada a ESF localizada na região periurbana de um município da região sul do Rio Grande do Sul.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovado no mês de agosto de 2015, sob o número de parecer 1.209.336.

Os dados foram coletados em setembro de 2015 por meio de entrevista semiestruturada e observação participante por intermédio de diário de campo, totalizando 60h de observação. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente, contabilizando cerca de 80 minutos de gravação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que os entrevistados compreendem a educação em saúde como parte fundamental em suas atribuições enquanto enfermeiros, realizam tais atividades no seu cotidiano de trabalho e quando fornecem informações e orientações aos usuários entendem-se como educadores. Também, notou-se que o espaço físico da unidade de saúde é pequeno para comportar duas equipes de ESF, no entanto todos os locais são utilizados para fins educativos diariamente.

As estratégias utilizadas nas ações de educação em saúde estão interligadas com certos atendimentos específicos que já tem incumbidos no seu desenvolvimento uma série de orientações pré-estabelecidas, como, por exemplo, nos atendimentos de puericultura, pré-natal, coleta pré-câncer e outros atendimentos da demanda.

A construção do vínculo e da confiança foram estratégias observadas facilmente nessas interações, que facilitam as práticas educativas sob várias perspectivas. A PNAB reforça que essa construção permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

No contexto de espaço de educação em saúde *versus* estratégias para seu desenvolvimento encontram-se também os grupos de educação, os quais caracterizam parte do serviço realizado nas ESF, em que o profissional enfermeiro exerce papel fundamental. Observou-se o desenvolvimento de quatro grupos nesta UBS, sendo eles o grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de tabagismo, grupo de saúde e prevenção escolar e grupo de mulheres. Para a obtenção de bons resultados, interação entre os participantes e absorção do conteúdo abordado por parte destes, a escolha da linguagem que foi utilizada nos grupos, bem como nos atendimentos individuais, estava de acordo com o público, faixa etária e nível intelectual que apresentavam, sendo utilizado inclusive linguagem informal para o estabelecimento de uma relação horizontal, facilitando desta forma a construção coletiva do conhecimento e permitindo a reflexão acerca das diversas realidades vivenciadas e compartilhadas. Com a linguagem informal, foi possível que os envolvidos expressassem suas necessidades, expectativas, angústias, assim enriquecendo o trabalho educativo e tornando-o cada vez mais viável de ser executado.

Outra estratégia observada e também mencionada pelos entrevistados foi a parceria estabelecida com alunos da graduação de uma universidade local. Notou-se que os enfermeiros eram muito gratos pela parceria estabelecida, visto que a presença dos alunos na unidade trazia uma segurança quanto a frequência da realização de ações educativas.

Sobre as potencialidades no desenvolvimento de ações educativas, os entrevistados identificaram: o espaço conquistado na comunidade enquanto profissionais enfermeiros, o vínculo com os moradores e o perfil ativo e empreendedor do profissional. Percebeu-se que uma das potencialidades é a perseverança dos profissionais, pois nas ações educativas os resultados não surgem imediatamente.

Foram elencadas diversas fragilidades neste contexto, como o confronto da cultura instituída na comunidade, a falta de diagnóstico sobre a necessidade real das famílias adscritas pela UBS, os conflitos de equipe, a grande demanda exigida pelos órgãos governamentais do município e o espaço físico pequeno para suportar as duas equipes atuantes.

Em um primeiro momento, os profissionais não tiveram uma percepção positiva de suas ações educativas nos indicadores de saúde, porém relataram a longo de suas falas melhora da cobertura de imunizações e no desenvolvimento de puericultura, além de aumento na coleta de exames citopatológicos e de atendimentos de pré-natal. Ressaltaram também a influência dos grupos na qualidade de vida dos usuários, os empoderando com autonomia e favorecendo o autocuidado.

4. CONCLUSÕES

A atualização dos profissionais é fundamental para que exerça um trabalho de qualidade e de comprometimento com a saúde da população, principalmente no que tange à execução de ações de educação em saúde.

Verificou-se que os participantes detêm um conhecimento sobre a importância da execução de atividades de educação em saúde na ESF e buscam inseri-la em todos os espaços de atuação. Todavia, enfrentam problemáticas no processo de trabalho, como conflitos em equipe, demanda de trabalho, exigências dos órgãos governamentais, espaço físico limitado, o que dificulta na qualidade das ações e sua frequência, no caso dos grupos estruturados. Quando falam em potencialidades, referem o espaço conquistado na comunidade, o vínculo estabelecido e o perfil do enfermeiro, o que reflete diretamente nos resultados apresentados quanto aos indicadores de saúde.

Espera-se que o estudo tenha contribuído para a reflexão e aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos nessa pesquisa, bem como toda a equipe atuante.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Online. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Online. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

**CRIANÇA/ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: A CRIAÇÃO DE
VÍNCULO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO**

KARINE LEMOS MACIEL¹; MANOELLA SOUZA DA SILVA²; JÉSSICA
STRAGLIOTTO BAZZAN³; RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ⁴; VERA
LÚCIA FREITAG⁵; VIVIANE MARTEN MILBRATH⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – karine.maciel.ecp7@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – manoellasouza@msn.com

³Universidade Federal de Pelotas – jessica_bazzan@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – r.gabatz@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul – verafreitag@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – vivianemarten@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As crianças e adolescentes aprendem com cada vivência durante seu desenvolvimento, assim seu psicológico é condicionado pelo meio social ao qual estão inseridos (ROSAS; CIONEK, 2006). Desse modo, as consequências da violência na vida das vítimas geram danos graves à saúde, pois além dos traumas e sequelas físicas, como incapacidades motoras permanentes, causam sofrimentos emocionais e psíquicos importantes (BRASIL, 2010).

Entende-se que a violência impacta significativamente a vida das crianças/adolescentes e de suas famílias, exigindo que haja uma reestruturação no contexto familiar. Dessa maneira, é necessário que essas pessoas recebam suporte de uma rede interdisciplinar que possibilite condições de prevenção e ajustamento psicossocial e cultural, fortalecendo as relações entre os membros da família e possibilitando o estreitamento de vínculo entre estes (SILVA; GONÇALVES, 2015).

Dessa forma, considerando a família como parte essencial no cuidado à criança/adolescente vítima de violência, compreende-se a importância do estreitamento de vínculo entre as vítimas e suas famílias e, ainda, a vinculação destas dentro do serviço de saúde.

Diante disso, esse estudo tem por objetivo conhecer a percepção dos profissionais acerca da importância do vínculo no processo de cuidado à criança/adolescente vítima de violência.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um recorte de um trabalho de conclusão de curso, caracterizando-se por abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório realizado com dez profissionais da equipe multidisciplinar que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de uma cidade localizada ao sul do estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. A interpretação das informações foi baseada na análise temática de Minayo. O estudo teve aprovação do Comitê

de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 2.014.644/2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados desse estudo apontam que os entrevistados consideram o vínculo com a criança e adolescente e suas famílias como ferramenta essencial para o cuidado no âmbito da atenção psicossocial. Dialogando, tentando deixá-los mais tranquilos, trazendo para dentro do serviço e assim auxiliar para que estes, sintam-se protegidos e confiantes que a equipe possa ajudá-los. Assim, os profissionais acreditam que poderão cuidar não só a criança/adolescente, mas a família como um todo.

Neste sentido, considerando a importância da participação da família no cuidado dispensado, cabe aos profissionais atuarem promovendo o estreitamento de vínculo entre a família e a criança ou adolescente vitimizado (BRASIL, 2010). Essa preocupação em restabelecer o vínculo entre as partes é evidenciada neste estudo quando os profissionais relatam que às vezes a mãe está muito cansada pelos problemas da criança/adolescente que acaba se afastando, e, é neste momento que o profissional deve atuar, fazendo uma reaproximação entre a mãe e a criança/adolescente. Neste momento a mãe deve ser chamada e ouvida, explicar que a criança não faz isso por que ela quer, faz por que ela é frágil, tem fragilidade emocional. Neste sentido, o profissional deve compreender que a mãe necessita também fazer um tratamento, como um acompanhamento psicológico para poder falar sobre sofrimento dela também e assim poder entender o filho, para que assim se crie uma relação de vínculo verdadeiro entre mãe e filho.

Dessa forma, o profissional deve prestar cuidado de forma afetiva de modo a acolher esses indivíduos frente às situações adversas, oferecendo apoio e permitindo que expressem seus sentimentos e angústias, estreitando os laços de confiança das crianças e adolescentes e suas famílias dentro do serviço (BRASIL, 2010).

Portanto, considerando a família como parte essencial nesse processo, torna-se necessário direcionar os olhares também para ela, considerando que esta também sofre com as consequências da violência, pois se trata de um problema que acomete todo o contexto em que a criança e adolescente vitimizada está inserida, assim a família necessita ser olhada e cuidada (CIUFFO; RODRIGUES; CUNHA, 2009; WOISKI; ROCHA, 2010; SALOMÃO; WEGNER; CANABARRO, 2014).

Salienta-se que no caso de violência Infantojuvenil, toda a família adoece, sendo assim há necessidade de um cuidado centrado no núcleo familiar, reaproximando a criança/adolescente dos demais membros da família, criando vínculo e assim aproximando do serviço para que também sintam-se cuidados e protegidos pelos profissionais de saúde.

4. CONCLUSÕES

Ao término desse estudo, analisando as falas dos entrevistados, percebe-se a preocupação dos profissionais em estabelecer vínculo com as crianças e adolescentes, tendo em vista que dessa forma as mesmas sentem-se seguras e respaldadas para se abrir e assim permitir a aproximação com o

serviço. Além disso, os participantes preocupam-se em trazer a família para o cuidado, a julgar que esta possui o vínculo emocional mais forte com a criança e adolescente e pode contribuir para a ressocialização das mesmas que se sentem amparadas e cuidadas também pelos seus familiares.

Conclui-se, enfatizando a importância dos serviços de saúde em atuar fortalecendo os vínculos entre as crianças/adolescentes vítimas de violência e suas famílias, considerando a família como parte essencial do cuidado. Ademais destaca-se a vinculação dentro do serviço como importante estratégia, a julgar que este torna-se o elo entre o ser que cuida e o ser que é cuidado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência:** orientações para gestores e profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CIUFFO, L. L.; RODRIGUES, M. R. D.; CUNHA, J. M. O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: uma abordagem fenomenológica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, 2009.

ROSAS, F. K.; CIONEK, M. I. G. D. O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. **Conhecimento Interativo**, São José dos Pinhais, PR, v. 2, n. 1, p. 10-15, jan./jun. 2006.

SALOMÃO, P. R.; WEGNER, W.; CANABARRO, S. T. Crianças e adolescentes abrigados vítimas de violência: dilemas e perspectivas da enfermagem. **Revista RENE**, v. 15, n. 3, p. 391-401, 2014.

SILVA, R. S.; GONÇALVES, M. A Ocorrência de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Abusados Sexualmente. **UNICIÊNCIAS**, v.19, n.1, p.72-78, 2015.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 143-50, 2010.

**MAPA DOS CINCO CAMPOS: ESTRATÉGIA TEÓRICO-
METODOLÓGICA NA PESQUISA COM CRIANÇAS**

CLARISSA DE SOUZA CARDOSO¹; VALÉRIA CRISTINA CHRISTELLO
COIMBRA²; LUCIANE PRADO KANTORSKI³; VINÍCIUS BOLDT DOS
SANTOS⁴ VIVIANE RIBEIRO PEREIRA⁵.

¹Universidade Federal de Pelotas1 – cissascardoso@gmail.com1

²Universidade Federal de Pelotas2 – valeriacoimbra@hotmail.com2

³Universidade Federal de Pelotas3 – kantorskiluciane@gmail.com3

⁴Universidade Federal de Pelotas4 – vini_boldt@yahoo.com.br4

⁵Universidade Federal de Pelotas5 – viviane.ribeiropereira@gmail.com5

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A utilização de estratégias teórico-metodológicas para a realização de pesquisas com crianças e suas redes sociais e afetivas constituem-se em um dos principais desafios para o pesquisador que trabalha com este público. As redes de crianças que frequentam um serviço de saúde mental configuram-se como aspectos importantes e que demonstram relevância no resgate de vínculos e relações afetivas. Sendo assim o mapa dos cinco campos é um instrumento lúdico que possibilita avaliar a rede de apoio social e afetiva das crianças a partir de cinco campos: família, amigos, parentes, escola e contatos formais (SIQUEIRA, BETTS, DELL'AGLIO, 2006). O objetivo deste trabalho é apresentar o mapa dos cinco campos como possibilidade de participação efetiva da criança nas pesquisas científicas, partindo da sua expressão sobre aspectos próprios de suas relações afetivas e sociais.

A reflexão proposta por esta estratégia permite problematizar e resgatar o papel social da criança a partir das diferentes relações afetivas e diferentes espaços que frequenta demonstrados no mapa, consolidando-se como experiências próprias de cada criança (CORDEIRO E PENITENTE, 2014).

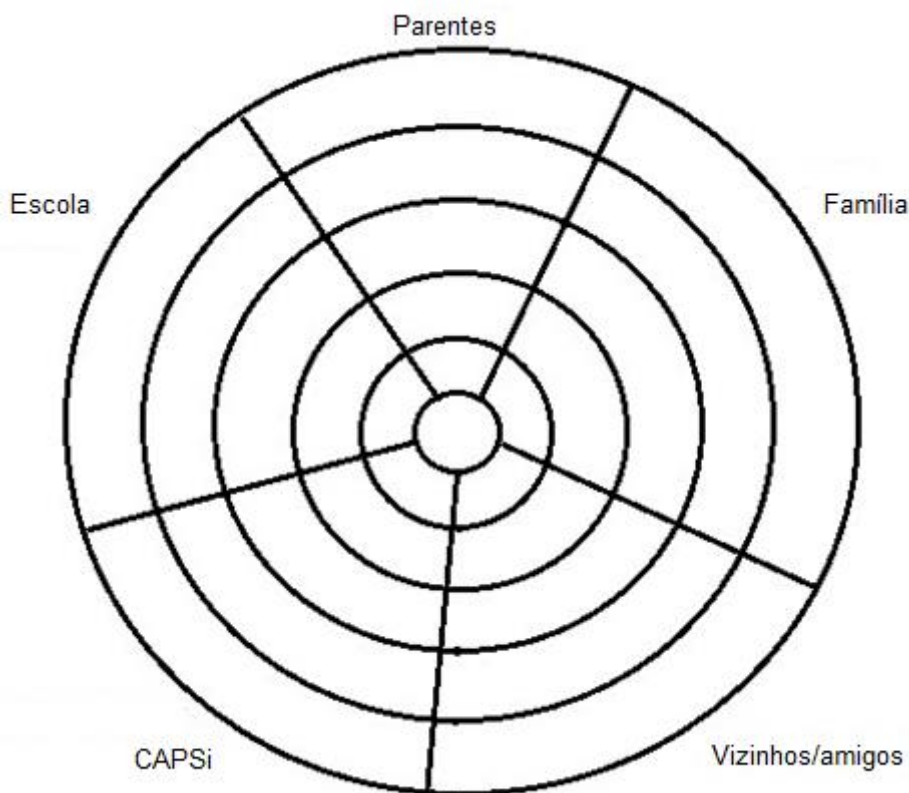
2. METODOLOGIA

Este trabalho é parte integrante de uma dissertação de mestrado, a coleta de dados foi realizada de abril a julho de 2016, para a pesquisa realizamos uma adaptação substituindo os contatos formais pelo Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), pois as crianças participantes estavam vinculadas neste serviço, totalizando cinco participantes.

Confeccionamos o mapa com um pano de feltro e desenhamos os círculos com tinta de tecido, os bonecos confeccionados com EVA representaram as crianças, familiares, amigos, profissionais, professores, colegas da escola e outras pessoas que as crianças consideraram importantes citar em seu mapa. Esses bonecos representaram as relações das crianças com sua rede. Cada criança participante colocou os bonecos de acordo com sua vontade e afinidade com o campo. Durante a realização do mapa foi utilizado diário de campo para as anotações, que possibilitou registrar o acompanhamento de forma mais sistemática, em uma sala individual oferecida pelo serviço para realização da atividade com cada criança.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura: Mapa dos Cinco Campos



O círculo central correspondeu a cada criança participante; círculos adjacentes mediram a qualidade do vínculo, quanto mais próximo do círculo central, maior foi a percepção de proximidade do participante com a pessoa que foi representada. Os dois primeiros círculos corresponderam àquelas relações mais próximas de maior vínculo; terceiro e quarto círculos corresponderam às relações mais distantes de menor vínculo; e o círculo mais afastado, localizado na periferia do mapa, corresponderam aos vínculos insatisfatórios.

Os dados obtidos na realização do mapa foram anotados em um diário de campo descreveram não somente o grau de satisfação e/ou insatisfação, conflitos e rompimentos nas relações, mas também histórias relacionadas a estas pessoas que apareceram em suas representações (SIQUEIRA, BETTS E DELL'AGLIO, 2009). Os dados do Mapa dos Cinco Campos foram analisados conforme os seguintes aspectos: percepção das figuras parentais na rede: percepção da qualidade do vínculo com as figuras parentais, não considerando somente a existência de vínculo consanguíneo; avós também puderam ser consideradas como figura materna; estrutura da rede: avaliada pelo número de contatos em toda a rede e pelo campo. Durante a realização do mapa, foi realizada a seguinte pergunta: “na sua família, quem é a pessoa que você mais pode contar, que se sente mais segura(o)?”; “qual foi o tipo de apoio que a pessoa forneceu?”.

As crianças explicitaram maior envolvimento com familiares, vizinhos/amigos e parentes. No campo família foi considerado: mãe, pai,

irmãos, irmãs e avós maternos e paternos, conforme a experiência apontada pelas crianças. As famílias são marcadas pelas crianças como a principal fonte de apoio para a resolução de conflitos e problemas, mesmo com tantos condicionantes sociais, de educação, demográficos e econômicos observados durante a realização da pesquisa. No campo parentes foram considerados tios maternos/paternos e primos/primas, conforme a experiência demonstrada pelos participantes, apresentando no máximo seis parentes e apresentando vínculos satisfatórios.

Os campos escola e CAPSi revelaram pequeno número de contatos, em relação a escola percebemos que a maioria indicaram no máximo cinco pessoas com as quais poderiam contar em situações consideradas problemas, figura da professora aparece como principal fonte de apoio na opinião das crianças participantes e todas estas citaram no máximo dois colegas como fonte de apoio. O campo CAPSi revelou-se como o espaço em que participantes realizam menos trocas afetivas e sociais em relação aos demais campos, o que permite problematizar este que deve ser um espaço de articulação e resgate dos vínculos sociais e afetivos. A partir dos mapas, foi possível conhecer as redes de apoio social e afetiva das crianças, permitindo registrar a estabilidade dos vínculos e sua efetividade (HOPPE, RAMOS, 2012; TSZESNIOSKI et al., 2015).

A capacidade das crianças para desenvolverem trocas afetivas fora da família, na escola e espaços que fazem parte de suas trajetórias, influencia no desenvolvimento das redes de apoio sociais e afetivas, na promoção da autonomia e resiliência. Ainda, cabe ressaltar que as crianças que se sentem parte de um contexto fora da família disponibilizarão de mais recursos para enfrentar situações-problema a partir do momento em há possibilidade de utilizarem a rede social e afetiva como referência para suas escolhas e decisões (HOPPE, RAMOS, 2012).

4. CONCLUSÕES

O mapa dos Cinco Campos possibilitou apresentar a rede social e afetiva das crianças que frequentam um serviço de atenção à saúde mental, assim como suas potencialidades e/ou fragilidades que favorecem o desenvolvimento de cada criança.

Esta estratégia teórico-metodológica possibilita aos diferentes campos e pessoas que compõem as redes das crianças: problematizar e retomar relações afetivas demonstradas por elas na realização das atividades com o mapa; a busca da promoção do desenvolvimento das relações afetivas e sociais, em complementação à ação das famílias; a necessidade de estratégias de articulação dos serviços para que promovam experiências promotoras das capacidades e habilidades das crianças. É importante ressaltar que o estudo apresentou limitações em relação à amostra selecionada, tendo em vista que sua escolha não ocorreu aleatoriamente, mas por indicação dos profissionais do serviço, sendo assim outras crianças poderiam se beneficiar da atividade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORDEIRO, A. P.; PENITENTE L. A. A. Questões teóricas e metodológicas das pesquisas com crianças: algumas reflexões. **Revista Diálogo Educacional**, v.14, n.41, p.61-79, 2014.

HOPPE MW; RAMOS K. Rede de apoio social e intersetorialidade entre educação e saúde nos anos iniciais do ensino fundamental. *Revista educação, cultura e sociedade*, v.2, n.2, p.47-62 2012.

SIQUEIRA, A.C.; DELL'AGLIO, D.D. Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.26, n.3, p. 407-15, 2010.

SIQUEIRA, A.C.; TUBINO, C.L.; SCHWARZ, C.; DELL'AGLIO, D.D. Percepção das figuras parenterais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.61, n.1, p.176-90, 2009.

TSZESNIOSKI, C.L.; NÓBREGA, K.B.; LIMA, M.L.; DUTRA, F.V.L. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 363-70, 2015.

APLICAÇÃO DO MÉTODO ESTUDO DE CASO EM PESQUISAS DA ENFERMAGEM

VANIA DIAS CRUZ¹; SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS²; CRISTIANE LIMA
DE MOARES³; JÉSSICA NOEMA DA ROSA BRAGA⁴

¹Universidade federal do Rio Grande – vania_diascruz@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande – silvanasidney@gmail.com

³Prefeitura Municipal de Pelotas - krismoraes31@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – darosabraga@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: (X) Eixo 1 () Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O método Estudo de Caso (EC) parece herdar, principalmente, características da investigação qualitativa por se apresenta como uma estratégia de pesquisadores quando estes têm pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco do estudo relaciona-se com fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto real de vida, que ainda não há muitos estudos científicos que tratam acerca do assunto (YIN, 2011).

O EC pode ser visto como uma possibilidade de realização de pesquisas mais aprofundadas, permitindo análises de situações específicas e complexas, preferível quando o fenômeno em estudo não pode ser separado do seu contexto natural e apresenta obstáculos de quantificação (YIN, 2011).

Apesar do caráter qualitativo que parece envolver o EC, enfatiza-se a possibilidade de utilização de dados quantitativos para sua realização. Geralmente, a abordagem quantitativa ocorre em menor escala e com técnicas estatísticas menos sofisticadas, implicando, numa lacuna salientada pelos críticos, que destacam desvantagens e limitações deste método referentes à generalização, subjetividade de mensuração e confiabilidade dos dados (YIN, 2011).

O presente trabalho visa contribuir para melhorar a qualidade das pesquisas que pretendem utilizar como método o EC na enfermagem, a partir do seguinte objetivo: Identificar a utilização do método estudo de caso nas teses de enfermagem brasileiras.

2. METODOLOGIA

Pesquisa documental (CELLARD, 2008), realizada entre outubro e novembro de 2013, com 12 teses que utilizaram o estudo de caso captadas no último catálogo “Informações sobre pesquisas e pesquisadores em Enfermagem” da Associação Brasileira de Enfermagem e do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), publicado em 2012, tendo como critério de inclusão todas as teses que apresentam o EC como método. Foi critério de exclusão as teses que não estavam disponíveis na íntegra.

A partir da leitura prévia das teses, foi possível identificar 14 produções que utilizaram o estudo de caso como método. No entanto, duas teses foram excluídas por não estarem disponíveis na íntegra, restando assim, 12

documentos para análise. Após a seleção destas 12 produções, os dados foram coletados tendo em vista os questionamentos do estudo e com ênfase nos seguintes pontos: título e número de classificação, ano de defesa, área de concentração, universidade, autor de referência para elaboração do EC, instrumento de coleta de dados, análise de dados e contribuições para prática de enfermagem/saúde. Realizou-se a análise textual discursiva dos dados (MOARES, 2003).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 12 teses analisadas, sete foram realizadas na Universidade de São Paulo (USP), duas na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e uma na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na Universidade Federal do Rio Janeiro (UFRJ) e na Universidade de Brasília (UNB).

Em relação à área de concentração, as relacionadas à administração em enfermagem predominaram. Quanto ao ano de defesa, nove foram apresentadas no ano de 2011, duas em 2010 e uma em 2009. Em relação ao autor de sustentação teórico-metodológica do EC, os pesquisadores utilizaram mais de um autor de referência em suas teses, sendo Robert Yin o mais citado.

As produções analisadas apresentaram mais de um procedimento de coleta de dados, predominando o uso de entrevistas, documentos e observação. Quanto ao tipo de análise do estudo de caso, destacaram-se a análise de discurso, de conteúdo e a hermenêutica-dialética. Em relação às contribuições para prática de enfermagem/saúde, as teses apresentaram enfoque no planejamento da assistência de enfermagem, na gestão em saúde pública e nas relações interpessoais entre trabalhadores da saúde.

Em relação à universidade, a região sudeste concentra a maioria dos cursos de pós-graduação e, portanto, os trabalhos científicos predominantes são de São Paulo, assim, dentre as instituições onde foram defendidas as teses que abordaram o método EC a Universidade de São Paulo destacou-se.

Quanto a sustentação teórico-metodológica destacaram-se os pressupostos de Yin, alguns pesquisadores apresentaram mais de um autor de referência, enquanto outros não fizeram tal referência. As teses que utilizaram o referencial de Yin apresentaram um encadeamento mais claro do EC. A necessidade por esse tipo de estudo surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos (YIN, 2011). Neste sentido, o EC apresenta boa aplicação em pesquisas na área da enfermagem devido a necessidade dos enfermeiros e demais profissionais da saúde compreender o ser humano em sua totalidade, a fim de que o seu todo possa ser envolvido pluralmente.

O uso de vários procedimentos de coleta dos dados é uma das orientações de Yin. Estudos na área da enfermagem que apresentam como método o EC, geralmente, realizam a triangulação de evidências.

Quanto à área de concentração, o EC tem lugar de destaque nas pesquisas avaliativas, pois possibilita explicar os supostos vínculos causais em intervenções da vida real que são muito complexos para serem estudados por estratégias experimentais. O EC pode ilustrar determinados tópicos dentro de uma avaliação, permite explorar situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta características simples e claras, além de poder ser uma meta-avaliação (YIN, 2011).

4. CONCLUSÕES

Apresenta contribuições para enfermagem na medida em que esse trabalho possa servir de subsídio para estudantes e pesquisadores que tenham interesse em utilizar o método EC nas pesquisas, enfatizando a importância da consistência e do rigor na elaboração de projetos de pesquisa, de modo a sustentar todo o processo de investigação e produzir achados consistentes e inéditos que contribuam com o avanço do conhecimento científico na área da enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, 295-16.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**; v. 9, n. 2, p.191-211, 2003.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

**IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DE CAMPO PARA SAÚDE:
PERSPECTIVAS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO**

TAÍS ALVES FARIAS¹; PAOLA DE OLIVEIRA CAMARGO²; MICHELE
MANDAGARÁ DE OLIVEIRA³

¹Universidade Federal de Pelotas – tais_alves15@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – paolacamargo01@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

5. INTRODUÇÃO

O trabalho de campo vem sendo mencionado como uma forte proposta metodológica na visão da Antropologia, no qual por meio da escrita etnográfica apresenta descrições sobre os indivíduos e suas culturas. O trabalho de campo oferece contato direto do pesquisador com os pesquisados, fornecendo uma relação entre o “eu” e o “outro”, trazendo a percepção do indivíduo problematizado por meio dessa experiência (NAGAMI, 2014).

As transformações entre a percepção e experiência trazem muitos debates nas relações entre pesquisador e pesquisado, interligando o trabalho de campo e a escrita etnográfica desenvolvida, na qual as anotações expressivas dos acontecimentos individuais, assim como impasses sofridos pelo pesquisador ao lidar com a situação são descritas no diário de campo, que é fundamental durante a pesquisa (GIUMBELLI, 2002).

Como estudante e possuindo a oportunidade dessa experiência em campo, vivenciando a pesquisa em meio ao território a ser pesquisado, tem-se a oportunidade de agir perante as necessidades de saúde, conforme a demanda de cada família, podendo conhecer de perto suas realidades de vida.

A partir do exposto, o objetivo deste trabalho é ressaltar a importância do trabalho de campo realizado por um projeto de extensão, perante o acompanhamento de mães usuárias e ex-usuárias de crack, juntamente com seus filhos e familiares.

2. METODOLOGIA

Foi dado início ao projeto de extensão “Promoção da saúde no território: acompanhamento de crianças filhas de usuárias de drogas”, após observar-se as necessidades da população durante a coleta de dados para a pesquisa “Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso”, realizada no município de Pelotas-RS. As atividades do projeto de extensão vêm sendo realizadas desde 2012, contando com a parceria dos técnicos da Estratégia Redução de Danos e profissionais do CAPS AD da cidade. Realiza-se visitas domiciliares de acordo com a necessidade das famílias (quinzenais ou semanais). Inicialmente focava-se no cuidado das crianças filhas de mulheres usuárias de crack, porém com o tempo percebeu-se a necessidade do acompanhamento de toda família.

No momento o projeto trabalha com quatro famílias, todas acompanhadas desde o ano de 2013. Ao total acompanhamos seis crianças

com idades entre dois e 17 anos, sendo três delas acompanhadas desde a gestação. Após cada visita registramos as observações, dados captados e intervenções efetuadas em diários de campo, para serem discutidos com toda equipe e assim elaborar estratégias que possam beneficiar todas as famílias.

No momento a equipe do projeto se constitui por uma professora doutora que é coordenadora do projeto, uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que também é psicopedagoga e mais dois voluntários da Faculdade de Enfermagem da UFPel.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na perspectiva de saúde pública, visando o acolhimento e entendimento da vida dessas mulheres e suas famílias é que desenvolvemos nosso projeto de extensão, no qual priorizamos o acompanhamento nos locais em que as famílias vivem, pois é em suas residências e no seu território que conseguimos entender de fato as suas necessidades e demandas, dando preferência por um contato prolongando com cada família.

Entendemos que é de suma importância o trabalho e acompanhamento sistemático no território, pois como estudantes de serviços de saúde, defendemos a necessidade de um contato direto com a população, criando perspectivas inovadoras no trabalho de campo, já que através deste e suas potencialidades, conseguimos averiguar de perto as reais problemáticas da população e fornecer suporte direto às suas demandas.

A antropologia realiza o trabalho de aprender a ouvir e ver todas as realidades e relações humanas existentes, levando a sério o que dizem os sujeitos da pesquisa (o que os antropólogos chamariam de nativos), como eles pensam e como convivem em sociedade, traçando um diálogo sobre a experiência humana. A pesquisa antropológica estabelece uma ponte entre pesquisado e pesquisador, através de símbolos e significados que dão compreensão às culturas e as relações sociais (DA MATTA, 1981). Para Geertz (2008) o objetivo de estudar e fazer antropologia é compreender de forma mais complexa o universo do discurso humano.

Além do desejo e da vontade de compreender e vivenciar as diferentes culturas e conhecer outros modos de vida há também o desejo de transformar esse conhecimento em cientificidade (DAMATTA, 1981). Podemos observar assim, que a extensão é uma forte aliada da pesquisa, pois através do que observamos no trabalho de campo, conseguimos traçar um acompanhamento sistemático e através dos registros elaborar estratégias que possam contribuir na promoção de vida e saúde destas famílias.

Enquanto acadêmicos esse trabalho proporciona a oportunidade de vivenciar experiências distintas, além de criar habilidades para compreender sinais que contribuem para o desenvolvimento e acompanhamento destas famílias. O trabalho de campo disponibiliza através do contato com estes sujeitos, a criação de vínculos, devido ao tempo de acompanhamento que muitas vezes tornam-se anos, gerando sentimentos e emoções, permitindo uma visão mais íntima deste processo social entre os sujeitos e o território no qual estão inseridos.

Estar em campo e com contato direto com cada membro das famílias acompanhadas nos traz mais conhecimento das reais necessidades apontadas por cada um e assim favorece um acompanhamento singular e focado nas

demandas específicas de cada pessoa. O vínculo com as famílias também é fortalecido, pois ao ir ao encontro de cada uma delas, aceitar o seu modo de viver e pensar, possibilita uma maior confiança entre a equipe e as famílias acompanhadas, o que é importante para a efetiva realização do projeto.

4. CONCLUSÕES

Compreendemos que a partir do acompanhamento pelo projeto de extensão, favorecemos e auxiliamos cada família de um jeito diferenciado, pois direcionamos o cuidado diretamente as estas e obtemos resultados significativos em meio ao trabalho de campo. Observamos que essa metodologia de trabalho aplicada pela equipe do projeto se torna uma aliada na atenção à saúde familiar, principalmente dentro da vulnerabilidade social em que os participantes se encontram, já que costumam possuir pouco vínculo com os serviços sociais, de saúde e educação, devido o estigma que sofrem.

5. REFERÊNCIAS

- GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: **LTC**, 224p, 2008.
- GIUMBELLI, E. Para além do “Trabalho de campo”: reflexões supostamente malinowskianas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, V.17, n. 48, 2002.
- MATTA, R. Relativizando: Uma Introdução à Antropologia Social. Petrópolis: **Vozes**, 248p, 1981.
- NAGAMI, I. C. Do trabalho de campo à escrita etnográfica: breves reminiscências sobre o fazer antropológico. In: **XXV Semana Acadêmica de Ciências Sociais**. Universidade Federal de Londrina, abril 2014, p.10.

**METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO E PRODUÇÃO DE
SAÚDE**

VERSIÉRI OLIVEIRA DE ALMEIDA¹; GRACIELE DOTTO CASTRO²; CÍNTIA
BEATRIZ GOI³; SABRINA WAGNER BENETTI⁴; ANDREA WANDER
BONAMIGO⁵

¹Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – versieri.almeida@iffarroupilha.edu.br

²Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – graciele.castro@iffarroupilha.edu.br

³Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – cintiabgoi@bol.com.br

⁴Instituto Federal farroupilha-Campus Panambi – sabrina.benetti@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – andreawb@ufcspa.edu.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010, estabeleceu o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), que determina ações a serem desenvolvidas pelas Instituições Federais de Ensino Superior, com o intuito de garantir a ampliação do acesso e a permanência dos estudantes; reduzir as taxas de evasão e contribuir para a promoção da inclusão social (BRASIL, 2010a). A atenção à saúde dos discentes está entre as ações estabelecidas no PNAES, e tem como finalidade desenvolver práticas de promoção e prevenção à saúde, visando uma abordagem integral no processo de atendimento com foco na qualidade de vida.

Assim, a adoção de metodologias ativas tende a ser estratégias para aperfeiçoar o trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de saúde promovendo uma maior resolução de problemas (CARDOSO, 2012). Ferramentas de trabalho utilizadas no Apoio Matricial, na Clínica Ampliada, no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e no Projeto de Saúde no Território (PST) podem ser utilizadas como metodologias ativas, com foco na produção de saúde junto ao território de abrangência baseadas nas singularidades, intersectorialidade, integralidade e no fortalecimento da participação social (BRASIL, 2010b).

O objetivo deste estudo é descrever as vantagens e possibilidades da utilização de metodologias ativas no cotidiano de trabalho com o intuito de aperfeiçoamento profissional, transformação das práticas de atenção e gestão no serviço, além da produção de saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, abordagem descritiva, baseado em metodologias e ferramentas de trabalho abordadas em um curso de formação de profissionais de saúde. Esta formação ocorreu entre junho e dezembro de 2016, parte de um Projeto Institucional de Desenvolvimento, atingiu 38 profissionais de saúde dos 11 *campi* e Reitoria do Instituto Federal Farroupilha *campus* Panambi.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (parecer número 1.557.238 e CAAE 54647816.7.0000.5345) e pelo Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Farroupilha.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização de metodologias ativas como instrumentos e ferramentas de trabalho possibilita estimular processos de mudança nas práticas de saúde para a resolução de problemas clínicos e sociais, através de diagnósticos participativos, aprimoramento da capacidade para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a partir da reflexão sobre sua prática assistencial, na perspectiva da abordagem integral das situações de saúde (UFSC/UNASUS, 2012). Com base nesse conceito, as ferramentas de trabalho abordadas no Apoio Matricial, na Clínica Ampliada, no PTS e no PST foram utilizadas como metodologias ativas disparadoras do processo educativo para a produção de saúde (UFSC/UNASUS, 2012; BRASIL, 2010).

O Apoio Matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e de técnico-pedagógico. Sua prioridade é a construção de objetivos comuns e dentre suas funções, destaca-se proporcionar a produção de interação positiva entre os profissionais em busca de finalidades comuns (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos pacientes, pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos: Compreensão Ampliada do Processo Saúde–Doença; Construção Compartilhada dos Diagnósticos e Terapêuticas; Ampliação do “Objeto de Trabalho”; a Transformação dos “Meios” ou Instrumentos de Trabalho e o Suporte para os Profissionais de Saúde (BRASIL, 2010).

O PTS apresenta um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente, dedicado a situações mais complexas, também visto como uma variação da discussão de “caso clínico”. Desenvolve-se em quatro momentos: Diagnóstico; Definição de Metas; Divisão de Responsabilidades e (Re) Avaliação da Situação (BRASIL, 2010).

O PST é uma estratégia das equipes para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território específico, com foco na articulação dos serviços de saúde e a rede local. Inicia-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco, e segue com a elaboração e consolidação de um entendimento mais aprofundado da situação/necessidade em saúde (BRASIL, 2010).

Portanto, essas ferramentas de trabalho além de facilitar a produção de saúde, ainda auxiliam no processo organizacional do trabalho, na resolução de problemas e também do desenvolvimento de habilidades de planejamento e gerência local em saúde.

4. CONCLUSÕES

Com base na experiência de aprendizagem proporcionada no decorrer do curso de formação e pelas elaborações de estratégias que essas novas tecnologias têm proporcionado aos profissionais de saúde, podemos inferir com base no que é trabalhado para o seu o desenvolvimento que a utilização das

ferramentas de trabalho utilizadas no Apoio Matricial, na Clínica Ampliada, no PTS e no PST são práticas inovadoras em serviços de saúde e tendem a desenvolver a melhora na assistência prestada e a transformar a realidade e a gestão do serviço. Por se tratarem de práticas inovadoras, são necessários mais estudos para confirmarmos o seu potencial efeito dentro de um serviço de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto Nº7.234, de 19 de julho de 2010.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. Congresso Nacional, Brasília: 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm>. Acesso em: 16 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27) 152 p. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

CARDOSO, I.M. Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 18-28, 2012.

UFSC/UNASUS - Universidade Federal de Santa Catarina. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. **Eixo I - Reconhecimento da Realidade.** Introdução ao Curso, 50p. 2012.

CONSTRUINDO COM IDOSOS RURAIS A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

CELMIRA LANGE¹; LETÍCIA PILOTTO CASAGRANDA²; CARLA WEBER
PETERS³; ALANA DUARTE FLORES⁴; IVONETE TERESINHA SCHULTER
BUSS HEIDEMANN⁵; ANDRESSA HOFFMANN PINTO⁶

¹ Docente da Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Universidade Federal de Pelotas – celmira_lange@terra.com.br

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de
Pelotas – cissapc@yahoo.com.br

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de
Pelotas – carlappeters@hotmail.com

⁴ Bolsista PBIP, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas –
alana_duarte2009@hotmail.com

⁵ Docente da Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – ivoneteheideman@gmail.com

⁶ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de
Pelotas – dessa_h_p@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional na área rural é pouco estudado no Brasil, *sobretudo abordando* o tema autonomia. Autonomia, de acordo com a Organização Mundial da Saúde é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (WHO, 2005).

Ainda contextualizando, Paulo Freire (2015, p.105) "ninguém é sujeito da autonomia de ninguém". O ser humano vai amadurecendo todo dia, para o autor, a pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão, de responsabilidade e de liberdade. Nessa conjuntura, envelhecer torna-se um desafio para o século XXI, principalmente de forma saudável, com manutenção da independência e da autonomia (GRUVINEL, 2009).

Diante do exposto buscou-se compreender como os idosos rurais promovem sua autonomia para um envelhecimento ativo.

2. METODOLOGIA

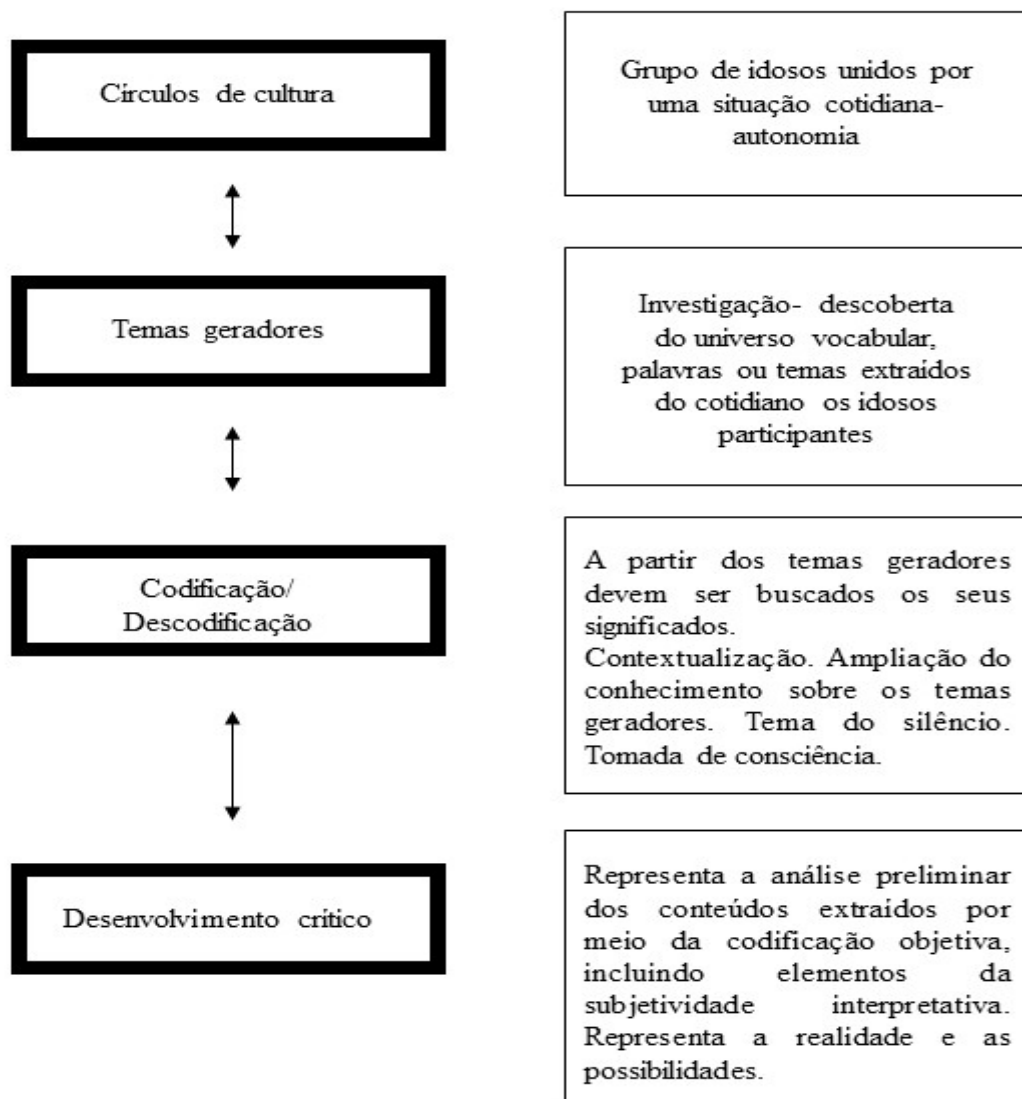
Pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida pelo Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Este método oportuniza o diálogo entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, consentindo que as reflexões dos participantes os levem a novas propostas de ação sobre o cotidiano de promoção da autonomia para o envelhecimento saudável e ativo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A investigação ocorreu em três momentos dialéticos de acordo com Freire (2015) e Heidemann, Wosny, Boehs (2014) distribuídos em nove encontros, sendo desses sete Círculos de Cultura atendendo aos passos do método: Investigação dos Temas Geradores; Codificação e Descodificação; Desvelamento Crítico.

Círculo de Cultura é um termo criado por Freire, composto por um ambiente dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimento (HEIDEMANN, WOSNY, BOEHS, 2014). Neste caso, os idosos se reuniram com a pesquisadora para dialogar e refletir sobre a autonomia para um envelhecimento saudável e ativo, levando em consideração a própria realidade, seguindo o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, adotando os passos sugeridos por Heidemann, Wosny, Boehs (2014).

Figura 1. Passos do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire



Fonte: Heidemann, Wosny, Boehs (2014).

No primeiro encontro aconteceu a aproximação e a entrada no campo de pesquisa com apresentação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por 17 idosos, com idade de 60 a 81 anos. O estudo foi realizado com idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família e residentes na zona rural de um município localizado no extremo sul do Brasil.

Os participantes da investigação foram idosos, que realizavam a Dança Sênior, com encontros quinzenais e participação média de 15 idosos por encontro. A duração de cada encontro era de duas horas, em acordo com os idosos foi negociado uma hora, de cada encontro, para o desenvolvimento da pesquisa. A atividade com a Dança Sênior deu-se a partir da constatação da equipe de saúde, em especial pelos Agentes Comunitários de Saúde, pela necessidade de promover movimentos de cuidado com a saúde mental, física e social do idoso.

A Dança Sênior surgiu em 1970, na Alemanha, quando um pequeno grupo de pedagogos, sob a liderança de Ilse Tutt, trocou experiências sobre atividades com idosos. Foi introduzida no Brasil por Christel Weber em 1978 e implantada a partir de 1982, no Ancianato Bethesda, Joinville, SC. A Dança Sênior está adaptada e com sensibilidade para a linguagem corporal, emocional, espiritual, individual e coletiva dos idosos (INSTITUTO BETHESDA, 2017).

No segundo encontro foi realizado o primeiro Círculo de Cultura em que foram investigados 22 temas geradores, a partir de questões guias relacionadas a saúde, autonomia, facilidades e dificuldades para um envelhecimento ativo. Esses temas estavam relacionados a realidade cotidiana dos idosos, em que destacaram 14 facilidades e oito dificuldades, os quais foram discutidos e refletidos, ficando codificados e descodificados em quatro. Esses temas foram descodificados pelos participantes nos seis seguintes Círculos de Cultura, na etapa do Desvelamento Crítico, e os temas foram: 1- dores articulares, como uma dificuldade; 2- a alimentação saudável para cuidados com a saúde; 3- participação no grupo de Dança a Sênior; 4- bom trabalho com a equipe de saúde local.

Ouvir os idosos residentes na área rural e fazer o desvelamento crítico a partir dos temas por eles gerados sobre autonomia no processo de envelhecer ativo, mesmo que alguns tenham relatado limitações físicas, como dor ao caminhar, déficit auditivo, entre outros; a autonomia vem sendo construída e exercitada na vivência relatada dos idosos, quando eles referem ter liberdade de escolhas de agir no seu cotidiano. Mesmo para as pessoas idosas que estão com a saúde mais debilitada, necessitam ter sua autonomia estimulada por meio de atuações, como a escuta ativa, considerando a singularidade do envelhecimento de cada pessoa garantindo-lhe o direito de exercer seu autogoverno (CUNHA et al., 2012). E os idosos concluíram que o convívio em grupo oportuniza novas práticas, estímulos mentais saudáveis em seu cotidiano.

4. CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que a pesquisadora e os participantes, por meio do diálogo e da reflexão criaram um espaço de aprendizado e empoderamento para a prática da autonomia do idoso residente em área rural, na busca de um envelhecimento ativo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA, JXP; OLIVEIRA, JB; NERY, VAS; SENA, ELS; BOERY, RNSO; YARID, SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem . **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 51 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GRUVINEL, TAC. **Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na Saúde da Família.** Trabalho de Conclusão de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família [TCE] Uberaba (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; 2009.

HEIDEMANN, ITSB; WOSNY, AM; BOEHS, AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3553-3559, 2014.

INSTITUIÇÃO BETHESDA. **Dança Sênior.** Joinville, SC. Acessado em 05 mar. 2017. Online. Disponível em: <http://www.portalbethesda.org.br/danca-senior>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

**A EXPERIÊNCIA DO FÓRUM MACROMETROPOLITANO DE
GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA EM SAÚDE MENTAL**

LARISSA DALL'AGNOL DA SILVA¹; FABIANE MACHADO PAVANI²; KATIA
SALATE BARFKNECHT³; VALERIA CRISTINA CHRISTELLO COIMBRA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – larissadallagnolto@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – fabianepavani04@gmail.com

³Terapeuta Ocupacional da Geração/POA: Oficina de Saúde e Trabalho –
katiab@sms.prefpoa.com.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – valeria.coimbra@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A relação entre saúde mental e trabalho foi sendo apresentada de diferentes maneiras conforme as circunstâncias histórico-sociológicas. Os avanços e debates movimentados pela reforma psiquiátrica acabaram por permitir a construção de um lugar social efetivo para as pessoas em sofrimento psíquico, mediante a inserção dessas no mercado de trabalho (PACHECO, 2014).

As iniciativas de atividade/trabalho promovem novas experiências aos sujeitos em sofrimento psíquico, uma vez que estes retomam a ocupação do cotidiano em atividades coletivas, solidárias e inventivas. As atividades de geração de trabalho e renda, as associações e cooperativas de trabalho na lógica da economia solidária, instigam um processo de inclusão social, trabalhando com as capacidades criativa e produtiva dos sujeitos (SILVA, 2008).

Neste contexto, o Fórum Macrometropolitano de Geração de Trabalho e Renda em Saúde Mental, mostra-se um potente dispositivo que une e defende o trabalho em saúde mental, colabora no processo de inclusão dos sujeitos em atividades/trabalho, devido a construção de novas possibilidades de criação, de progresso nos espaços sociais, e principalmente, na promoção de saúde/prazer nas práticas já existentes (PACHECO, 2014; BRASIL, 2005).

Diante disso, este estudo teve como objetivo conhecer a experiência de um Fórum Macrometropolitano de Geração de Trabalho e Renda em Saúde Mental, nas práticas inclusivas de atividade e trabalho no contexto da reforma psiquiátrica.

2. METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, realizado em 2011 durante dois encontros itinerantes de um Fórum Macrometropolitano de Geração de Trabalho e Renda em Saúde Mental, no estado do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo sete integrantes do Fórum, sendo desenvolvida a técnica de grupo focal, com a utilização de roda de conversa, contando com complemento, atividades em terapia ocupacional, observação de campo, documentos e registros sobre a construção/organização do Fórum.

A condução dos grupos focais foi realizada mediante um roteiro prévio com questões disparadoras para uma reflexão coletiva. Os grupos focais foram gravados com auxílio de dispositivo audiovisual, as observações foram registradas em diário de campo. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2009), sendo os eixos relacionados a organização e atividades realizadas pelo Fórum. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, o estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da FACHED/ UFRGS.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Fórum é constituído por doze municípios, surgiu em 2008 pela necessidade da construção de espaços de troca de experiências e de discussão sobre o trabalho em saúde mental. Possui reuniões mensais, com atividade itinerante, o que promove o conhecimento da realidade local, e o fortalecimento de articulações nestes locais. O Fórum funciona como uma fusão de conhecimento horizontal, no qual todos os colaboradores possam repensar, ressignificar o trabalho de forma a potencializar autonomia e autogestão, compartilhar trocas de experiência e deixar marcas de capacidade na sociedade de consumo. Mortimer e Scott (2016) afirmam que se aprende dialogando, investigando e buscando possíveis respostas, o que pode ser observado no estudo, com a importância dada aos fóruns, por serem espaços de diálogo, conhecimento e construção coletiva.

As iniciativas realizadas pelo Fórum foram caracterizadas como fundamentais para a reforma psiquiátrica. Há um constante envolvimento dos trabalhadores com a luta antimanicomial, movimentos sociais de inclusão pelo trabalho, estando em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental. Um grande movimento social na ótica da inclusão, exige inventividade, ousadia e criatividade, de modo a fazer surgir um lugar social novo. Esta possibilidade, reinventa modos de pensar e fazer no trabalho (BRASIL, 2005).

Cabe salientar que as pessoas com sofrimento psíquico envolvidas no processo de inclusão pelo trabalho, não se localizavam apenas nos Centros de Atenção Psicossocial, mas, essencialmente em cooperativas, associações, cursos de capacitação, espaços de comercialização, entre outras redes de economia solidária. Isto foi possível pela implicação do Fórum em oportunizar esses espaços, mediante a articulação em prol de melhorias e incentivo na discussão sobre essa temática.

Ressaltou-se a participação ativa de profissionais no Fórum empodera os municípios que os integram, pelas trocas e a tecetura de uma rede solidária, para assim apoiar outras iniciativas de geração de trabalho e renda, emergentes das discussões realizadas mensalmente nos encontros. Desta forma, o Fórum também consiste na articulação da rede para o fortalecimento das oficinas de geração de trabalho e renda, como espaços efetivos de saúde e trabalho; articula-se em redes intersectoriais que ampliam suas práticas para além do campo da saúde mental (PACHECO, 2014).

4. CONCLUSÕES

O estudo demonstrou a importância do Fórum Macrometropolitano de Geração de Trabalho e Renda em Saúde Mental; nas discussões realizadas

nos encontros; na atividade de itinerância; na luta pela garantia de financiamento por meio de editais públicos; no estímulo à inovação e criação no processo de trabalho para qualificar os empreendimentos solidários, e principalmente na promoção de transformações nas práticas voltadas para a geração de trabalho e renda em saúde mental.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009. 70 v.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 134p.

MORTIMER, E.F.; SCOTT, P. Atividade discursiva nas salas de aula de ciências: uma ferramenta sociocultural para analisar e planejar o ensino. **Investigações em ensino de ciências**, v. 7, n. 3, p. 283-306, 2016.

PACHECO, M.L. **Saúde mental e economia solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão**. 2014. 182f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de Brasília.

SILVA, L.D. **Conhecendo a inclusão social de pessoas em sofrimento mental no mercado de trabalho**. 2008. 125f. Monografia. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Terapia Ocupacional, Centro Universitário Metodista.

**HIV EM GESTANTES: MEDIDAS PARA EVITAR A TRANSMISSÃO
VERTICAL COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

MILENA MOREIRA FERREIRA¹; CÁRMEN LÚCIA BEZERRA MACHADO²

¹Universidade da Região da Campanha / Prefeitura Municipal de Bagé – Secretaria Municipal de Saúde e Atenção a Pessoa com Deficiência - milenaferreira@urcamp.edu.br

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – carmen.machado@ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (x) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Conforme publicações do Ministério da Saúde (MS), a taxa de transmissão vertical do HIV gira em torno de 30% quando não há nenhuma intervenção por parte de profissionais da saúde, porém, esta taxa pode ter redução significativa (para até 1%) quando há implementação de medidas de prevenção. Além disso, nas gestações planejadas, a execução de condutas adequadas e realizadas nos momentos certos, o risco desta transmissão pode ser reduzido, inclusive, para menos de 1% (BRASIL, 2010a).

Para a compreensão do contexto, Brito et al (2006) citam que cerca de 84% dos casos de AIDS pediátrica, ou seja, quando o contágio se dá até os 13 anos de idade, correspondem à TV. Os mesmo autores estimam ainda que 0,4% do total de gestantes correspondem a pacientes soropositivas.

Araújo e Nogueira (2007) apresentam importante empecilho no processo de atingir as mudanças propostas em sua integralidade, pontuando o processo de institucionalização limitado e atrelado a vontade pessoal de uma parcela pequena de profissionais, sem valorizar a estrutura necessária e o comprometimento das pessoas.

Ainda que o MS apresente condutas e procedimentos a serem realizados pelos profissionais em suas normatizações, Araújo e Nogueira (2007) ressaltam a fragilidade das mesmas em relação à institucionalização. Nas oportunidades perdidas para realizar a intervenção preventiva, seja no pré-natal, parto e para o recém-nascido, percebemos a debilidade da organização bem como a pouca importância despendida ao controle da transmissão vertical do HIV pelos próprios profissionais, evidenciando o distanciamento entre as normas/medidas recomendadas e a realidade encontrada.

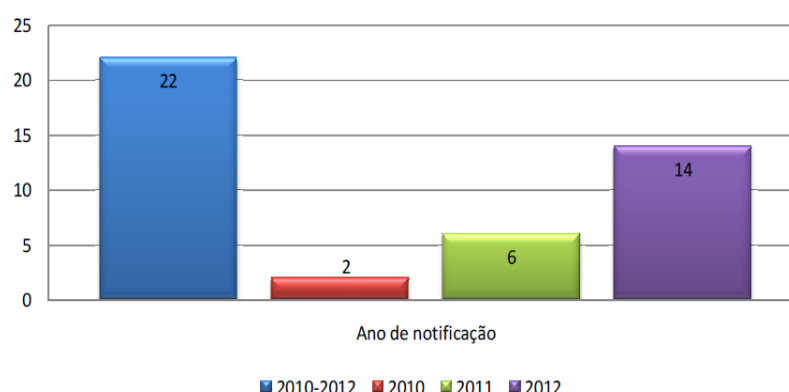
2. METODOLOGIA

Trata-se do recorte de um estudo desenvolvido através de pesquisa de campo, por meio de análise de cadastros, notificações e prontuários dos serviços de referência pertencentes à 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS a qual é composta pelos municípios de Bagé, Aceguá, Candiota, Hulha Negra, Dom Pedrito e Lavras do Sul. Os sujeitos, foram gestantes, parturientes e puérperas soropositivas para o HIV, sendo estas, sujeitos passivos, uma vez que os dados trabalhados foram àqueles constantes nos documentos consultados. O período de busca documental que permeou o estudo foi de 01 de janeiro de 2010 a 01 de janeiro de 2013, conforme as etapas constantes em cronograma pré-definido com início de coleta dos dados após aprovação do

projeto em Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS. Foram utilizados bancos de dados do SINAN e SICLOM, conforme protocolo de rastreamento do público-alvo. Logo após, foi realizada pesquisa documental para análise das práticas de saúde que tem por finalidade evitar a transmissão vertical do HIV. Os dados objetivos relativos aos cadastros e fichas de notificação foram digitados no Excel e logo após organizados e apresentados em tabelas e/ou gráficos para interpretação. Já os dados dos prontuários foram transcritos conforme categorização. A interpretação dos dados utilizou a estratégia da Análise de Conteúdo de Bardin. O presente estudo foi submetido a apreciação da Plataforma Brasil (CEP), precedida de avaliação de mérito realizada pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS (COMPESQ). Foram emitidos Termos de Autorização das Instituições Colaboradoras e Termo de Compromisso de utilização dos dados, conferindo fidedignidade e transparência aos aspectos éticos envolvidos no processo. Dentre os riscos presentes tratando-se dos participantes do estudo, se pôde prever os riscos inerentes às pesquisas que utilizam dados secundários como fonte de informação. Foi realizada pré-análise, exploração do material assim como exploração do resultado conforme prevê Bardin (2011).

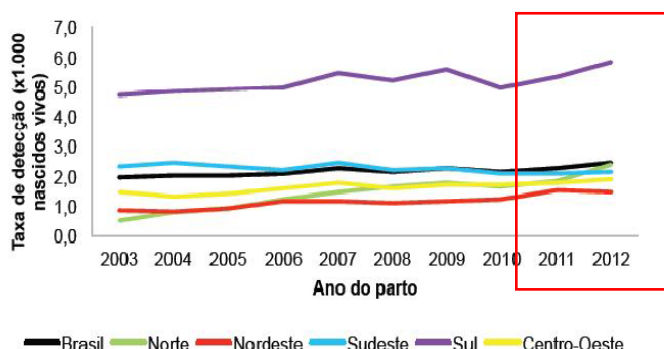
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 9 - Incidência de HIV em Gestantes na 7ª CRS conforme o ano de notificação de acordo com a base de dados do SINAN de 2010 a 2012.



Fonte: FERREIRA, Milena Moreira; MACHADO, Carmen Lucia Bezerra (2014).
Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/106873>

Gráfico 10 – Taxa de detecção de HIV em gestantes por região de residência e ano do parto. Brasil, 2002 a 2011.



Fonte: BRASIL, 2013

Indo ao encontro dos dados publicados pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, a tendência de notificações de gestantes soropositivas para o HIV na 7ª CRS/RS é aumentar cada vez mais, principalmente após a incorporação do Protocolo de testagem rápida para HIV no pré-natal e parto, por meio de Programas específicos como o Projeto Nascer e a Rede Cegonha.

A partir da publicação da nova portaria ministerial que atualiza a lista completa de agravos de notificação compulsória, a notificação de casos de “infecção pelo HIV” se tornará obrigatória a nível nacional, de forma universal, além das categorias já sob notificação compulsória, como aids (adulto e criança), HIV em Gestante e Criança exposta ao HIV.

4. CONCLUSÕES

Partindo do pressuposto que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”, tão pautado por Paulo Freire, e diante dos dados analisados, acreditamos que o cotidiano dos profissionais deve ser revisto e as realidades devem ser levadas em consideração, para que a informação seja qualificada e para que as rotinas sejam amenizadas no intuito de se tornar prazerosa e não penosa.

Sendo assim, informação qualificada e testagem rápida em livre demanda nas unidades aliados à logística de insumos por meio digital irá influenciar de forma positiva as rotinas dos serviços e otimizar as ações realizadas pelas equipes, auxiliando assim na redução da Transmissão Vertical do HIV na nossa região de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso** - Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRITO, A.M. et al. Tendência da Transmissão Vertical de AIDS após terapia antirretroviral no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2006. 40 (Supl):18:22. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf. Acesso em: julho/2017.

ARAÚJO, L.M.; NOGUEIRA, L.T. Transmissão vertical do HIV: situação encontrada em uma maternidade de Teresina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v60 n 4 p. 396-399, jul./ago. 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição rev bnv ista e ampliada. São Paulo. Edição 70, 2011. 229p.

**ATENÇÃO À SAÚDE NOS SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA DA METADE SUL DO RIO GRANDE DO SUL**

JULIANA DALL AGNOL¹; EDA SCHWARTZ²; FERNANDA LISE³; MARINÉIA ALBRECHT KICKHÖFEL⁴; LÍLIAN MOURA DE LIMA SPAGNOLO⁵; ELAINE DE PAULA AMARAL⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – dalljuliana@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – eschwartz@terra.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – fernandalise@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – marineiakickhofel@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – lima.lilian@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – elaineamp@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida pela presença de anormalidades na estrutura ou na função do rim por mais de três meses, possuindo como principal resultado, a perda da função renal. Assim, as pessoas diagnosticadas com DRC necessitam serem submetidas a tratamentos para substituição da função renal para o controle da doença, o que implica em como terão acesso aos serviços de saúde.

Como consequência, a DRC tem-se tornado um problema de saúde pública mundial, considerada significativa aos sistemas de saúde (KDIGO, 2013), devido às elevadas taxas de prevalência e de incidência, além dos altos custos para a saúde pública (GONÇALVES et al., 2015).

Mundialmente, as informações sobre o número de pessoas em Terapia Renal Substitutiva (TRS) são escassas, pois faltam dados precisos, entretanto, sabe-se que na maioria dos países a quantidade tem aumentado. Aponta-se que no Brasil, em 2010, eram 92.091 usuários de terapia renal substitutiva sendo que em 2014 número total estimado de foi de 112.004 usuários. Assim sendo, houve um aumento médio de 5% nos últimos 4 anos de pessoas em terapia renal substitutiva (TRS) (SESSO et al., 2016). Nesse cenário ainda, destaca-se que, o aumento de pessoas em TRS atingiu em 2017 um total de 148.315 pessoas. Da mesma forma, os custos associados à DRC também apresentaram um aumento ao longo dos anos. Para atender essa demanda, no Brasil, são 638 Serviços de Terapia Renal Substitutiva (STRS), dos quais 53% concentrados na região Sudeste (ABREU et al., 2013). Nessa perspectiva, apresenta-se um desafio para os serviços de terapia renal substitutiva (STRS) os quais desconhecem o perfil desses usuários sendo importante a realização desse estudo de perfil sociodemográfico. O objetivo deste estudo é apresentar dados referentes a atenção à Saúde nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva da Metade Sul do Rio Grande do Sul.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Essa caracterização faz parte do projeto “Atenção à Saúde nos serviços de terapia renal substitutiva da Metade Sul do Rio Grande do Sul”, do Ministério da Ciência Tecnologia e Inovação/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (MCTI/CNPq) nº 14/2014. Os participantes foram usuários, familiares e os profissionais da saúde. Os dados foram coletados no período de fevereiro de 2015 a abril de 2017. Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº 1.386385.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Projeto financiado pelo CNPQ Edital universal 2014 “Atenção à saúde nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (STRS) da Metade Sul do Rio Grande do Sul” implementado nos municípios de Pelotas, São Lourenço do Sul, Rio Grande, Uruguaiana e Alegrete, localizados na Metade Sul do Rio Grande do Sul.

Foram coletados 342 questionários quantitativos e esses dados quantitativos digitados no banco de dados em dupla digitação e no momento estão em análise e discussão junto aos Serviços de Terapia Renal Substitutiva. Iniciou-se a coleta de dados qualitativos, em alguns municípios, com profissionais, pessoas usuárias dos serviços e os seus familiares totalizando 47 entrevistas, sendo, 21 com pessoas com DRC, 16 com familiares e 10 com profissionais dos serviços até alcançar a saturação teórica.

Desta experiência foram gerados um capítulo de livro sobre a temática de hemodiálise, dois capítulos de livro sobre a temática famílias e as experiências na graduação e pós-graduação; um livro organizado sobre enfermagem em nefrologia que está no prelo, duas dissertações e uma tese defendida e cinco teses em andamento relacionadas com o tema e os dados que compõe o estudo. Além disso, propiciou a apresentação de vinte e dois resumos expandidos em eventos nacionais e internacionais sendo, dois resumos premiados em eventos. Ainda, um trabalho de conclusão curso relacionando os dados quantitativos do estudo, dois projetos de tese iniciados em 2017 com dados oriundos desse Projeto de Pesquisa e a elaboração de um livro com resultados de pesquisa e tecnologias para Serviços de Terapia Renal Substitutiva. Adicionalmente, a participação de docentes da área da epidemiologia, possibilitou avanços nesses estudos e assim qualificando a análise quantitativa.

A implementação do projeto envolveu os STRS e profissionais de saúde o que promoveu uma maior visibilidade da problemática das doenças crônicas na Metade Sul do Rio Grande do Sul. E assim, viabilizou a elaboração de outro Projeto de Pesquisa visando a continuidade aos temas oriundos do primeiro projeto. Nesta perspectiva, iniciou-se o diálogo com os serviços de atenção à saúde e com comunidade envolvida para retorno dos dados e fortalecimento da atenção nestes contextos.

4. CONCLUSÕES

Com os resultados preliminares de produtos obtidos nesta pesquisa há possibilidade de continuidade aos achados e novas linhas de investigação que tem sido profícuos para a atenção à saúde nas condições crônicas. Assim, os processos relacionados à educação e trabalho interprofissional em saúde

voltados para a reorientação da formação e do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, valorização dos usuários e suas necessidades como elemento central para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde na produção e usabilidade do conhecimento na Metade Sul do Rio Grande do Sul, Brasil.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M.M; WALKER, D.R; SESSO, R.C; FERRAZ, M. A cost evaluation of peritoneal dialysis and hemodialysis in the treatment of end-stage renal disease in São Paulo, Brazil. **Peritoneal Dialysis International**, v. 33, n.3, p. 304–315, 2013.

GONÇALVES,F.A; DALOSSO,I.F; BORBA,J.M.C; BUSCANEVER,J; VALERIO,N.M.P; OKAMOTO,C.T; BUCHARLES,S.G.E. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v.37,n.4,p.467-474,2015.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD WORK GROUP. KDIGO 2012. ClinicalPracticeGuideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney inter Suppl**. v.3, n.1, p. 1–150, 2013.

SESSO, R.C.; LOPES, A.A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J.R.; MARTINS, C.T. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

A MILITÂNCIA NA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE EM UM GRUPO AUTÔNOMO

CLAUDIONEI FERNANDO OLIVEIRA FERREIRA¹; ÂNGELA TERESA NOBRE PEREIRA²; JOSÉ FERNANDO DO AMARAL BORGES³; PRISCILA BORGES SILVEIRA⁴; IZAMIR DUARTE FARIAS⁵; LIAMARA DENISE UBESSI⁶;

¹Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas
AUSSMPE – aussmpe@hotmail.com

²Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas
AUSSMPE – aussmpe@hotmail.com

³Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas
AUSSMPE – paizefernando@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – prisborges.prof@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas e Rede de Atenção Psicossocial de Pelotas –
izamironline@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas e IMED – liaubessi@gmail.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A militância, ao longo de décadas, tem sido o fomento para grandes conquistas sociais, o sujeito se sente parte do processo de transformação, “o mundo é espetáculo, mas sobretudo convocação” (FREIRE, 2014, pg. 19). A convocação abordada por Freire considera as lutas como parte de ideais coletivos e não individuais. “[...] o homem não é uma ilha. É comunicação. Logo, há uma estreita relação entre comunhão e busca” (FREIRE, 1979, p. 28). Neste sentido, diante dos desejos de um coletivo em transformar a realidade, os objetivos comuns tornam-se ideais. Neste caso, foi o movimento para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial de Pelotas.

O coletivo Grupo Autônomo de Articulação em Saúde (GÁAS) é um movimento de resistência oriundo da Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Pelotas - AUSSMPE, formado e difundido por militantes engajados com a reforma psiquiátrica antimanicomial a fim de fomentar as discussões em relação ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial - 18 de maio e, ao mesmo tempo, discutir a RAPS no município.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência deste movimento auto e cogerido de resistência, que se articulou em um grupo autônomo e que em processos de produção de subjetividade se coloca em movimento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência. Bondia (2002) refere-se à experiência como algo profundo e que toca. A produção de subjetividade é inerente, acontece para nós e, principalmente, em nós, dado processo em curso. Soma-se a isso, ainda, a transformação e afirmativa em dada experiência e que, constitui-se na luta. (DELEUZE, 1992; GUATTARI, 1993; ROLNIK, 2007). O presente trabalho, considera o vivido pelo GÁAS no processo de subjetivação em prol de fortalecimento da RAPS (DELEUZE, 1992).

A experiência refere-se à militância na produção de subjetividade e vice-versa, a partir de um grupo autônomo, durante o primeiro semestre de 2017, no município de Pelotas/RS. Efeito do empoderamento germinado pela AUSSMPE e no encontro com outros (as) mentaleiros (as) implicados (as) com a Reforma Psiquiátrica com afirmação antimanicomial, que transparece na objetivação “o que parecia ser apenas visão é, efetivamente, “provocação”; o espetáculo, em verdade, é compromisso” (FREIRE, 2014, pg. 23).

O GÁAS se constitui, então, como grupo autônomo implicado em produzir tensionamentos na rede de serviços, na formação em saúde e sociais, na relação com as intensidades de sofrimento psíquico a partir da produção de subjetividade a favor da vida na luta.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este movimento surgiu devido ao assassinato de Claudio Adão de Lima Souza, que estava, na ocasião do óbito, em situação de crise. Foi um ato de negligência e desumanidade, logo um estopim para que forças de militância se levantassem. O acontecimento relaciona-se com o discurso hegemônico que ainda opera sobre a loucura (FOUCAULT, 1978) e, também, com o contexto sócio-político-econômico que se vive, da vida como mercadoria (BAUMAN, 2008). O assassinato motivou o encontro de pessoas da AUSSMPE com outras militâncias envolvidas em processos de formação, como educadores sociais, no processo de que quem ensina aprende e vice-versa (FREIRE, 2013). Desta forma, o GÁAS se constituiu como um coletivo autônomo de transformação, provisório, liderado principalmente por usuários (as) e demais militantes, articulando com a RAPS (trabalhadores, usuários e comunidade). Surgiu como possibilidade de resistência, como oxigênio no meio desse acontecimento e do caos em que vive o país, como subversão ao vivido nestes tempos de golpe no povo brasileiro, em que houve contenção dos movimentos, tentando desqualificá-los pelas mídias hegemônicas e, também, com o uso de muita bomba de gás lacrimogêneo, que, inclusive, pode levar pessoas ao óbito. Esse coletivo decide que ante a conjuntura local e nacional, seria importante a marcação do 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial) não somente com um dia, mas com uma semana dedicada à causa de forma articulada com forças de resistência, serviços, instituições formadoras e forças políticas de esquerda.

Esquentou esse processo de construção da Semana, a declaração da gestão pública do município de investimento no hospício, no hospital psiquiátrico chamado Hospital Espírita de Pelotas, e não no reconhecimento da rede de atenção psicossocial que vem sendo construída desde antes da deflagração da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (WILLRICH, KANTORSKI, 2008, BRASIL, 2001), sancionada em 2001.

Para tanto, o GÁAS se inseriu em alguns espaços gestores, como Comissão Municipal de Saúde Mental, Grupo Condutor Municipal de Saúde Mental, articulado também às universidades, Grupo de Pesquisa em Saúde Mental Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, CAPS Escola UCPel, assim como buscou companheiros representantes da sociedade e do poder legislativo do município, setores da rede intersetorial e demais movimentos sociais de modo a sensibilizar e convocar estes (as) atores (as) para o agir político em defesa da vida.

Nesse processo, cada ator (a) que concomitantemente provoca movimentos na rede de saúde, educação e sociais, age sobre si mesmo de modo autogestionário. Desta forma, empodera-se dos encontros para as lutas diante dos retrocessos e em defesa dos direitos sociais na atenção psicossocial, pelo cuidado em liberdade, e por uma sociedade sem manicômios.

4. CONCLUSÕES

Este relato evidencia a afirmação das lutas na militância. A produção de subjetividade coletiva a favor da vida consiste no empoderamento das pessoas na sociedade em um *continuum* de lutas emancipatórias. A perspectiva da auto e cogestão facilitam processos democráticos, imprescindíveis, principalmente quando é preciso enfrentar o que violenta os direitos humanos e sociais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Z. **Vida para consumo** – a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3024521/mod_resource/content/1/BAUMAN_Z_Vida_Para_Consumo.pdf

BONDIA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, Apr. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso>. acessos em 09 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa /Paulo Freire 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: PARENTE, A. **Imagem máquina**: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental – transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre/RS: UFRGS, 2007.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 13ª ed. Porto: Afrontamento, 2002.

WILLRICH, J.Q., KANTORSKI, L.Prado. **CAPS Castelo** – um pouco da história da loucura em Pelotas. UFPel: Editora e Gráfica Universitária, 2008.

**MOVIMENTO VIVO NA CONSTRUÇÃO AUTOGESTIONÁRIA DO
MENTAL TCHÊ DA RESISTÊNCIA**

GRAZI VASQUES¹; KAROL VEIGA CABRAL²; LARISSA DALL' AGNOL DA
SILVA³; JESSICA D' ORNELLAS⁴; SANDRA MARIA SALES FAGUNDES⁵;
MANUELE MONTTANARI ARALDI⁶

¹Psicóloga, Militante da Luta Antimanicomial, Assessora da Rede de Atenção Psicossocial do
Município de São Francisco de Paula – grazi.vasques@bol.com.br

²Psicóloga, Militante da Luta Antimanicomial, docente na Universidade Federal do Rio Grande
do Sul – karolveigacabral@gmail.com

³Terapeuta Ocupacional, Militante da Luta Antimanicomial, docente da Universidade Federal de
Pelotas – larissadallagnolto@gmail.com

⁴Assistente Social, Militante da Luta Antimanicomial, residente da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul - Jessica D'Ornellas - jefdornellas@gmail.com

⁵Psicóloga, Militante da Luta Antimanicomial – sandra.m.sales.fagundes@gmail.com

⁶Psicóloga, Militante da Luta Antimanicomial, representante do CRP/RS –
manu_araldi@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Mental Tchê é um evento marcador da saúde mental no Rio Grande do Sul, realizado desde 2005 em São Lourenço do Sul/RS. O município compõe a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e conta com 43.111 habitantes (IGBE, 2010). Precursora no processo da Reforma Psiquiátrica no estado, a cidade criou, em 1988, o Centro de Reabilitação Nossa Casa, um serviço para atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, hoje CAPS | Nossa Casa, sendo o segundo serviço desta modalidade no Brasil.

O papel ativo de São Lourenço do Sul na luta pela defesa do cuidado em liberdade propiciou a realização do MentalTchê cujo principal objetivo é de reunir usuários (as), familiares, trabalhadores (as), residentes, estudantes, professores e comunidade para trocar, compartilhar, discutir e repensar práticas de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A realização do encontro foi iniciativa da Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde e, ao longo dos anos, sua legitimação ocorreu com o aumento significativo de participantes, chegando a receber mais de 4000 pessoas. De 2011 a 2015, pela necessidade de seguir na afirmação deste modo de atenção em saúde mental e por ser prioridade da gestão, contou com o apoio do Governo do Estado do RS e do CRP/RS – Conselho Regional de Psicologia.

O Mental Tchê reúne pessoas de vários segmentos dos mais variados pontos do estado do RS e de outros países, como Argentina, Uruguai e Itália. Destaca-se pela pluralidade de vozes e mantém vivo o movimento mentaleiro, revelando-se um espaço de protagonismo, condição fundamental para que a pessoa em sofrimento psíquico possa ser agente de sua reabilitação, autonomia e cidadania.

Entretanto, no ano de 2017, marcado pelo sequestro dos direitos sociais e retrocessos na saúde mental, e por investimentos no modelo manicomial, que afronta o processo da Reforma Psiquiátrica no país, houve negativa da gestão pública municipal em realizar o evento. Sendo assim, decidiu-se organizar o MentalTchê de modo autogestionário. Este trabalho relata a experiência coletiva de construção do MentalTchê da Resistência no município de São Lourenço do Sul, em maio de 2017.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção coletiva, autogestionada, do Mental Tchê da Resistência. O Fórum Gaúcho de Saúde Mental – FGSM, em conjunto com outros movimentos sociais, entendeu que na atual conjuntura social e de retrocessos na Saúde Mental era urgente a sua realização, dado as suas características que reafirmam a luta Antimanicomial, os preceitos da Reforma Psiquiátrica, os direitos sociais, o protagonismo, autonomia e a dignidade.

Este relato considera os riscos de estagnação e retrocessos na saúde mental, considerando a situação que se vive de Estado de exceção e a velocidade dos avanços neoliberais moedores de vida e as forças de resistência, revolucionárias (GUATTARI, 2004).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O FGSM existe desde a década de 90 e tem como principal bandeira a luta por uma sociedade sem manicômios, aglutinando a força de gestores (as), trabalhadores (as), usuários, familiares e comunidade na busca de construir um viver singular e coletivo no qual a atenção em saúde mental seja executada em uma rede de serviços espalhados no território das cidades. Deste modo, **junto com outros (as) militantes, se coloca em movimento na construção do Mental Tchê da Resistência.**

O panorama nacional de perda de direitos, retrocessos em relação aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira nos últimos 30 anos e o desrespeito à Constituição nos indicavam que era preciso reunir os militantes em defesa das conquistas no campo da saúde mental através da legislação e de políticas públicas vigentes para seguirmos cuidando em liberdade.

Neste sentido, o FGSM fomentou a articulação entre as suas forças. O MentalTchê contou com apoio do Conselho Regional de Psicologia (CRP),

sindicatos, frente parlamentar antimanicomial, grupos de pesquisa de universidades públicas e privadas, além da participação ativa de muitos militantes.

Para a construção do MentalTchê da Resistência foram realizados encontros na cidade de Porto Alegre/RS e descentralizados noutros municípios, comunicando-se via redes virtuais. Aglutinaram-se forças que não se furtam a luta por uma sociedade sem manicômios, que culminaram e não cessam com a realização do evento, em 27 de maio de 2017. Participaram 1300 pessoas de 27 municípios gaúchos, com a proposta de ouvir vozes, contar causos e rastilhar cidadania, os participantes reuniram-se em grupos, debateram e fizeram propostas para as questões da cultura, educação popular, gênero, raça e etnias, formação de trabalhadores, cuidado com os cuidadores, violência institucional e social, população em situação de rua, pessoas com problemas pelo uso de álcool e outras drogas, rede psicossocial e da defesa da democracia e do Estado de Direito.

O movimento é um potente dispositivo para a resistência ao retorno do modelo excludente e manicomial. Afirma a defesa do SUS e da saúde mental, colabora no processo de articulação para a construção criativa de espaços que fomentem discussões sobre as políticas públicas e a conjuntura atual brasileira. Este relato reitera o papel da universidade no campo de conhecimento científico, como interlocutor entre as políticas públicas e a sociedade. Essa conjunção demonstra o potencial revolucionário criativo, sinérgico autogerido da força da resistência micropolítica nas relações de poder emergente na sociedade atual, como máquinas de guerra a favor da vida.

4. CONCLUSÕES

A perspectiva autogestionária é importante arma na luta a favor da vida, pois consiste no exercício da democracia. A realização do MentalTchê a partir da construção coletiva configura-se como um espaço de reforço de militância dos que chamamos, carinhosamente, “mentaleiros(as)”, dos que lutam pelo cumprimento do que foi conquistado com o movimento antimanicomial, que prescinde de hospitais psiquiátricos e afirma o cuidado em liberdade, em redes territoriais de serviços substitutivos reconstruindo, assim, cidades inclusivas.

Agradecemos aos movimentos que coletivamente sustentaram a construção deste evento: Associação Construção de Porto Alegre, Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Pelotas - AUSSMPE, Casa AMA de Ijuí, Nau da Liberdade, Maluco & Beleza e Grupo de Suporte e Ajuda Mútua de Alegrete, Coletivo Gaúcho de Residentes, Movimento Nacional de População de Rua, Frente Parlamentar Antimanicomial e todos que não estiveram de corpo, mas de alma, PRESENTE!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABRAL, K; BELLOC, M.M. O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, A.L. e colaboradores. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Ed.da Universidade/Ufrgs, 2004. p.113-136.

FAGUNDES, S. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. Dissertação (Mestrado em Educação Grupo Temático de Educação em Saúde.- Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, Ufrgs, 2006

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 1. ed., São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREIRE, P. 1921 - 1997. **Pedagogia dos sonhos possíveis**: Ana Maria Araújo Freire (organizadora). São Paulo: UNESP, 2001.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade**. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, 1999, v.4, n.2, p.305-314.

RESENDE, H. **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2001.

ROTELLI, F. **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000 p. 301-306.

**O MOVIMENTO DE RESISTÊNCIA NA PRODUÇÃO DA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PELOTAS**

PRISCILA BORGES SILVEIRA¹; LARISSA DALL'AGNOL DA SILVA²;
FERNANDA PINTO MIRANDA³; UILSON ADMAR DOS SANTOS⁴; IVON
FERNANDES LOPES⁵
LIAMARA DENISE UBESSI⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – prisborges.prof@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – larissadallagnolto@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – fpintomiranda@hotmail.com

⁴Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas
AUSSMPE – uilsonp.santos@hotmail.com

⁵Universidade da Vida Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas
AUSSMPE – ivonlopesnaval@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas e IMED – liaubessi@gmail.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

2. INTRODUÇÃO

Na atualidade, temos sentido abalos ao processo da Reforma Psiquiátrica, com os avanços do neoliberalismo e com as políticas de governo no Brasil, o que tem reativado e reinventado, nessa conjuntura, forças de resistência no país. Conforme Santos (2002), inevitavelmente o global interfere no local e vice-versa. Dado a isso, no município de Pelotas/RS não foi diferente sob a perspectiva da força de luta local de usuários (as) da Saúde Mental na tensão com esse modelo de saúde hegemônico ainda presente na cidade e dessa ação do Estado, que coloca em risco a vida, a dignidade das pessoas e o modelo de atenção em saúde mental, ao suprimir 50 % de recursos na saúde e educação (BRASIL, 2016).

Além disso, legitima o investimento em instituições manicomiais, leiam-se hospícios, que têm se autodeclarados como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, diminuindo investimentos na rede de atenção psicossocial, o que por sua vez tende a culminar no sucateamento e na terceirização dos mesmos e até da vida.

Agrega-se a isso o entendimento de que a produção de conhecimento que ocorre na Luta Antimanicomial não deva estar descolada do movimento de produção de rede [no sentido amplo, serviços, outras] e do compromisso social da universidade neste processo, sendo este um dos motivos que nos leva a habitar este espaço, com este trabalho. Ao considerar estes aspectos, relata-se o movimento de resistência na produção da Rede de Atenção Psicossocial em Pelotas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que considera o vivido pelas pessoas que a produzem e que são produzidas pela mesma, em processos de subjetivação (DELEUZE, 1992), como o é a narrativa desta experiência de resistência na produção da RAPS. Bondia (2002) nos fala da experiência como

aquilo que nos toca, o que efetivamente acontece pra nós, também e principalmente em nós, dado a produção de subjetividade.

Desta maneira, formou-se um grupo autônomo em defesa do Sistema Único de Saúde - SUS e da Reforma Psiquiátrica, que articulou uma semana de atividades alusiva ao 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial), de luta e reflexão sobre o cenário da Luta Antimanicomial, da Saúde Mental no país e local e, principalmente, da resistência na produção Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para seu fortalecimento e enfrentamento deste cenário que vem afrontando os direitos humanos e sociais.

Foram realizadas várias atividades, desde a Conferência Livre de Saúde Mental, Audiência Pública Municipal com o teatro da saúde mental, reunião de trabalhadores, diálogo com movimento LGBTT, movimento na rua e políticas de equidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A conferência Livre contou com explanação da história da reforma psiquiátrica, a participação dos movimentos sociais nesta construção, apresentação da RAPS de Pelotas, seguida de várias manifestações e denúncias de violação dos direitos humanos, tanto no manicômio como na rede, importantes para fomentar a discussão, assinalando também para as potências da atenção psicossocial, que precisa ser fomentada e receber investimentos para sua sustentação. A RAPS também foi foco de análise, tendo em vista que muitas situações que lhe cabem remetem ao hospício. Nesta conferência foi construída a Carta, na qual consta o que se deseja enquanto RAPS.

A Audiência Pública foi um acontecimento importante para que o poder legislativo pudesse compreender a importância desta luta e a necessidade da produção de uma RAPS a fim de prescindir do manicômio. Também foi apontada a necessidade de delimitação de prazo para o fechamento de suas portas e transformação noutra coisa. Além disso, foram apontados como fundamental a ampliação de leitos em Hospital Geral, a revisão dos fluxos e qualificação da capacidade instalada da RAPS, com investimentos na capacitação para atendimentos em Saúde Mental atenção básica de saúde, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania. Foi endossado e como encaminhamento, os preceitos constantes na Carta.

O encontro de trabalhadores já foi um efeito destes disparos. Perceberam que esse é o espaço que têm de diálogo, de reunião para que também possam ser agentes construtores da rede, além de criarem um ambiente de formação, ao colocarem em análise as próprias práticas. O movimento da rua levou o debate sobre os manicômios para a sociedade. Afinal, quem são os loucos? Com vistas a problematizar esse lugar do manicômio no município e, ao mesmo tempo, produzir outra relação com a loucura.

A Roda de conversa Políticas de Equidade e Saúde Mental abre possibilidades de compreensão de políticas de equidade quebrando

paradigmas, demarcando a importância de afirmar a diferença para se ter visibilidade e avançar em políticas afirmativas e de equidade no tecido social, que tende a produção de exclusão, herança de uma sociedade patriarcal, machista, racista e transfóbica, que patologiza a diferença.

Mais de 500 pessoas, registradas em listas de presença, participaram da Semana. Esses números não incluem o movimento de rua, que não foi contabilizado. Desta maneira, se tensionou com as formas conservadoras na própria rede com vistas a afirmar o modelo psicossocial, pois o direito à vida é um bem indiscutível. O manicômio só reitera o que nos assinala Bauman (2008), a vida como objeto, mercadoria na contramão da Reforma.

É neste sentido que o movimento de resistência disparado por este grupo autônomo, cogerido, pode ser considerado como produtor da Rede de Atenção Psicossocial em Pelotas, pois nenhum de nós permaneceu o mesmo, tampouco ficou no mesmo lugar. Exigiu-nos deslocamentos, seja no movimento de resistência, nos fluxos dos serviços de saúde, nas escolas formadoras, na sociedade. Então, pode-se dizer que há potência na resistência mentaleira e que esta só ocorre, quando a alma não é pequena.

4. CONCLUSÕES

Este relato mostra a potência da luta na produção de redes, pelo seu disparo, ativação e fortalecimento. No caso, a luta mentaleira na produção da Rede de Atenção Psicossocial em Pelotas. Potência, pois mexeu com territórios singulares individuais e coletivos de vários atores envolvidos ou não nesse processo de construção, como movimentos sociais, serviços de saúde, escolas formadoras, familiares, gestão pública municipal, comunidades, reafirmando a luta por uma sociedade sem manicômios e manicomialidades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, Z. **Vida para consumo** – a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3024521/mod_resource/content/1/BAUMAN_Z_Vida_Para_Consumo.pdf

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, Apr. 2002.
Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso>. acessos
em 09 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa /Paulo Freire 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: PARENTE, A. **Imagem máquina**: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

ROLNIK, Suely. Cartografia sentimental – transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre/RS: UFRGS, 2007.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 13ª ed. Porto: Afrontamento, 2002.

WILLRICH, Janaína Quinzen, KANTORSKI, Luciane Prado. **CAPS Castelo** – um pouco da história da loucura em Pelotas. UFPel: Editora e Gráfica Universitária, 2008.

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DE LUTAS A
PARTIR DO MENTAL TCHÊ DA RESISTÊNCIA**

IVON FERNANDES LOPES¹; LARISSA DALL' AGNOL DA SILVA²; LIAMARA
DENISE UBESSI³; MARIA DE FÁTIMA FISCHER⁴; SIMONE MAINIERI
PAULON⁵ CECILIA RICHTER⁶

¹Militante da Luta Antimanicomial, representante da Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas AUSSMPE e integrante do e Coletivo Povaréu Sul –
ivonlopesnaval@hotmail.com

²Terapeuta Ocupacional, Militante da Luta Antimanicomial, docente da Universidade Federal de Pelotas – larissadallagnolto@gmail.com

³Militante da Luta Antimanicomial, Doutora pela Universidade Federal de Pelotas, integrante da Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas - AUSSMPE e Coletivo Povaréu Sul – liaubessi@gmail.com

⁴Psicóloga, Militante da Luta Antimanicomial, docente na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – fischercunha@gmail.com

⁴Psicóloga, Militante da Luta Antimanicomial, docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – simone.paulon@ufrgs.br

⁶Assistente Social, Militante da Luta Antimanicomial – richter.cecilia@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 (X) Eixo 2 () Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o papel ativo de São Lourenço do Sul na luta pelo cuidado em Liberdade e também responsável pelo encontro de usuários, familiares, trabalhadores, residentes, estudantes, comunidade, universidades e simpatizantes de todo o Estado, do Brasil, América Latina e do 'mundo' para repensar práticas em Saúde Mental, visando profundas reflexões acerca da Reforma Psiquiátrica e suas transformações ao longo das últimas duas décadas.

Em 2005, foi criado o Mental Tchê na cidade de São Lourenço do Sul, por iniciativa da Prefeitura Municipal. Desde esta época a Secretaria Municipal de Saúde realizou o Mental Tchê e de 2011 a 2015, passou a contar com o apoio do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e do Conselho Regional de Psicologia - CRP/RS. A cada ano, ampliava-se a participação no Mental Tchê, passando a acolher mais de 4.000 pessoas. E isso não foi sem impactos no município, tanto pela rede de atenção em saúde e saúde mental que se constituía e ao mesmo tempo de problematização da mesma.

Do mesmo modo, essa rede que se produz e que não pode ser considerada como modelo, pois está em movimento e em permanente construção, mostra o quão a produção de uma rede de atenção psicossocial e do Sistema Único de Saúde são viáveis na produção de cuidado, da vida. Ao considerar a conjuntura política, econômica e social, a posição neoliberal de governo, que afrontam esse e outros direitos sociais, se construiu uma agenda

de lutas de lutas coletivas, autogestionadas, a partir do Mental Tchê da Resistência, realizado no município de São Lourenço do Sul em junho de 2017, sobre o que se objetiva relatar neste trabalho.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que mostra a rede de atenção em saúde mental tecida em São Lourenço do Sul até o ano de 2016, no diálogo com a construção de uma agenda de lutas coletivas, autogestionárias, a partir do Mental Tchê da Resistência realizado neste município, inspirados pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental - FGSM em conjunto com outros movimentos sociais. Desta forma, como a atual conjuntura social vem demarcando retrocessos na Saúde Mental, se construiu uma agenda de lutas pautadas nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, nos direitos sociais, no protagonismo, na autonomia e na dignidade.

Deste modo, o presente relato considera os riscos de estagnação e retrocessos eminentes na saúde mental, tendo em vista a situação que se vive de Estado de exceção e a velocidade dos avanços neoliberais moedores de vida e as forças de resistência, revolucionárias (GUATTARI, 2004).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A rede de saúde do município de São Lourenço do Sul conta com dois Hospitais Gerais, um rural e um urbano que possui 30 leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial I, denominado de CAPS Nossa Casa, um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas 24 horas, nominado como CAPS AD Pérola da Lagoa e um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, o Saci, ambos com atendimento regional, uma oficina de Geração de Renda, a Lokomotiva, e treze Unidades Básicas de Saúde - UBS, sendo que dez operam no modelo de Estratégia de Saúde da Família e uma Unidade de Saúde Central com Atendimento Básico e Especializado, uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Além disso, duas equipes de Redução de Danos, sete oficinas terapêuticas na atenção básica e dois acompanhantes terapêuticos, estes três últimos financiados pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul em 2014. Esta Rede de Atenção Psicossocial também é campo de formação da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS, desde 2010, e campo de formação de uma Residência Médica Municipal em Psiquiatria, realizada nos serviços desta Rede, desde 2014.

Neste sentido, o Mental Tchê é espaço de protagonismo no encontro de maior participação de usuários do Estado. Há uma busca diária em transmutar os processos de trabalho pela reabilitação para pessoas em sofrimento psíquico, objetivando autonomia e cidadania. No que tange à espaço de militância, este importante encontro demarca historicamente o espaço de lutas, o oxigênio para os “Mentaleiros” e “Mentaleiras”, pois não se pode retroceder

no que se construiu não somente em São Lourenço do Sul conforme relatado, mas de norte a sul, leste a oeste deste país.

Em 2017 o Mental Tchê da Resistência, legitima a força coletiva e empodera-se em agenda de luta para demarcar a defesa do SUS, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e garantia dos direitos sociais constitucionais. Diante da organização coletiva do Mental Tchê, realizado de maneira autogestionária pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental e CRP/RS junto aos movimentos sociais e especificamente a Associação Construção de Porto Alegre, Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas - AUSSMPE, a Casa AMA e Associação de Saúde Mental de Ijuí - ASSAMI, Nau da Liberdade, Maluco & Beleza e Grupo de Suporte e Ajuda Mútua de Alegrete, Coletivo Gaúcho de Residentes, Movimento Nacional de População de Rua, Frente Parlamentar Antimanicomial.

A Agenda de Lutas, discutida profundamente no Mental Tchê da Resistência demarca em São Lourenço do Sul, em 27 de junho de 2017, a resistência mentaleira em defesa da democracia, autogestão de coletivos que apontam desafios para o poder público em defesa da construção de projeto de interesse da população.

4. CONCLUSÕES

O processo de construção de uma agenda de lutas a partir do Mental Tchê como um evento de resistência que extravasou os limites do município de São Lourenço do Sul, demonstra que há forças revolucionárias pulsantes com capacidade de enfrentamento e produção de saídas ante ao vivido, pelo agenciamento de pessoas sob a perspectiva auto, cogestionárias e inventivas, como o foi o de reconhecer que há redes de saúde mental pelo país, a ampliação do Mental Tchê como um evento da força mentaleira e que a realização do mesmo em tempos de desmontes das políticas públicas de saúde mostra um ato atento das forças de militância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABRAL, K.I; BELLOC, M.M. O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, A.L. e colaboradores. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: Ed.da Universidade/Ufrgs, 2004. p.113-136.

FAGUNDES, S. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde.** Dissertação (Mestrado em Educação Grupo Temático de Educação em Saúde.- Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, Ufrgs, 2006

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** 1. ed., São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREIRE, P. 1921 - 1997. **Pedagogia dos sonhos possíveis**: Ana Maria Araújo Freire (organizadora). São Paulo: UNESP, 2001.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade**. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

MERHY, E. E. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais**. Ciênc. saúde coletiva, 1999, v.4, n.2, p.305-314.

RESENDE, H. **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2001.

ROTELLI, F. **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000 p. 301-306.

TRABALHOS EIXO 3

COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PMAQ-AB

KIARA LEÃO LOPES DE ALMEIDA¹; JAMILE DA ROSA²; DARA LUIZA
ZAMBIASI³; LENI DIAS WEIGELT⁴; SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG⁵;
MARISTELA SOARES DE REZENDE⁶

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul – kiara.almeida.ic@gmail.com

² Universidade de Santa Cruz do Sul – jamilerosa@mx2.unisc.br

³ Universidade de Santa Cruz do Sul – daralzambiasi@hotmail.com

⁴ Universidade de Santa Cruz do Sul – lenid@unisc.br

⁵ Universidade de Santa Cruz do Sul – skrug@unisc.br

⁶ Universidade de Santa Cruz do Sul – mrezende@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com intuito de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da atenção básica com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, sobre as condições de saúde dos usuários das unidades. O PMAQ-AB prioriza a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica (AB) tem como propósito a atenção integral à saúde. Portanto, deve ser o contato preferencial dos usuários. A unidade de saúde precisa receber e escutar os usuários, sendo necessário acolher a todos. Sendo assim, para uma atenção básica acolhedora, foi criado em 2008, sob Portaria GM nº 154 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se inserem no escopo de ações da AB em Saúde no Brasil, estabelecendo o credenciamento de equipes multiprofissionais, que assumem a função de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2008), que buscam cooperar com a integralidade do cuidado. Com base nisso, busca-se identificar como os profissionais do NASF compreendem o PMAQ-AB.

2. METODOLOGIA

O presente estudo desenvolvido em sete cidades da 28ª Região de Saúde – RS, possui caráter qualitativo, sendo um recorte da pesquisa “Aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): olhar avaliativo dos profissionais de saúde”. Esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, sob protocolo número 1.171.974/15, de acordo com a Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (GEPS/UNISC).

Os sujeitos do estudo obedeceram os critérios de inclusão: ser profissional integrante de NASF dos sete municípios investigados e ter participado de alguma fase do programa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, nos locais de trabalho dos profissionais, no

período de abril de 2016 a abril de 2017. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se a análise de dados seguindo o método de análise de conteúdo (BARDIN, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 16 profissionais, sendo quatro educadores físicos, quatro nutricionistas, três psicólogos, dois assistentes sociais, um farmacêutico, um fisioterapeuta e um fonoaudiólogo. A maioria era do sexo feminino, com idades que variaram de 23 a 40 anos de estado civil: solteiro. Todos possuíam ensino superior completo. Destes, nove eram concursados e sete contratados. A maioria dos sujeitos possuíam carga horária semanal de 20 horas, dois de 30 horas e três de 40 horas. Relativo ao tempo de atividade profissional, este variou entre menos de 1 ano, até 12 anos.

Esses profissionais compreendem que são necessárias adequações da unidade de saúde a partir do momento em que adere-se ao PMAQ-AB. Sob sua ótica, são essas adequações que permitem que a unidade consiga oferecer maior qualidade à AB. Mas, para que essas ocorram, é indispensável a comunicação entre a equipe. Em geral, essa acontece por meio de reuniões para que todos compreendam o objetivo do programa e suas implicações positivas. É de extrema importância a compreensão dos profissionais acerca do PMAQ-AB pois esses passam a adotar as propostas do Programa, trazendo melhorias à unidade (FEITOSA et al., 2016).

A maioria dos profissionais investigados considera o PMAQ-AB como uma forma de qualificar assistência à saúde e relatam mudanças diversas em suas unidades, favorecendo com o funcionamento geral. O PMAQ-AB proporciona instrumentos de mudanças, induz e estimula não só as reformas físicas como também a avaliação e o monitoramento de desempenho permanente da Atenção Básica (FEITOSA et al., 2016).

Outros expressam entender o PMAQ-AB, como forma de normatização e avaliação dos resultados da unidade, afirmando que o processo de avaliação externa realizado, provoca insegurança entre a equipe preocupada em atingir as metas de adequação exigidas pelo Programa para assim conseguirem aumentar seu repasse financeiro. O PMAQ-AB traz consigo o incentivo financeiro que pode vir a ser dobrado caso a equipe alcance excelentes resultados de desempenho (FEITOSA et al., 2016).

Muitos foram os profissionais que demonstravam pouco conhecimento relativo ao Programa. Sabendo da existência do PMAQ-AB no momento de participar do estudo. Evidenciou-se, assim, a fragilidade do processo de comunicação entre as equipes, tornando-se um obstáculo para que a funcionalidade e execução do Programa sejam alcançadas.

4. CONCLUSÕES

A compreensão dos profissionais investigados acerca do PMAQ-AB possui nuances entre si, todavia, identificam que o Programa serve como instrumento para mudanças que interferem em diferentes dimensões das unidades aderentes, buscando atingir as propostas do PMAQ-AB. Porém, não são todos os profissionais que possuem conhecimento sobre esse, ainda, nem todos as unidades aderidas cumprem as adequações.

Notou-se que os profissionais possuem uma percepção positiva em relação ao Programa, pois o mesmo revelou-se como uma ferramenta importante para o NASF, principalmente, para a padronização dos serviços, bem como, instiga as equipes atuarem mais, de forma integrada à rede de serviços da saúde, a partir das demandas reconhecidas no trabalho em conjunto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.ht>. Acesso em: 6 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: 2012. 66p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2017.

FEITOSA, M. M. R. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Rev. Soc. São Paulo.**, v. 25, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00821.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2017.

ENTRAVES PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUSSOB A ÓTICA DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS

MARIA CAROLINA MAGEDANZ¹; ARIANE DOS SANTOS HOPPE²; SUZANE
BEATRIZ FRANTZ KRUG³

¹Universidade de Santa Cruz do Sul – carolmagedanz@gmail.com

²Universidade de Santa Cruz do Sul – arianehoppe@hotmail.com

³ Universidade de Santa Cruz do Sul – skrug@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 8.142 de 1990, garante à população o direito de intervir de forma democrática na gestão do SUS, possibilitando o exercício da cidadania no campo da saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Além disso, destaca-se que a participação social não se resume apenas às instâncias colegiadas, como Conselhos e Conferências de Saúde, haja vista que, segundo Valla (1998), a mesma refere-se às diversas ações realizadas por distintos atores sociais com o intuito de influenciar no planejamento, na implementação e no controle das políticas públicas. Todavia, através da literatura, observa-se uma restrita participação da população não integrante de Conselhos de Saúde no planejamento e monitoramento das ações do SUS, estando isso muito atrelado ao conhecimento insuficiente da comunidade acerca dos mecanismos disponíveis para essa prática (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015; FERNANDES; SPAGNUOLO; NASCIMENTO, 2017). Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi verificar, na percepção de lideranças comunitárias, as fragilidades e entraves da participação social no SUS.

2. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um recorte da pesquisa “Práticas democráticas participativas na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde em municípios do sul do Brasil”, vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Caracteriza-se como um estudo descritivo de cunho qualitativo, realizado em nove municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. A pesquisa teve como sujeitos nove lideranças comunitárias integrantes de diversos grupos da comunidade, sendo um morador de cada município pesquisado. Para coleta de dados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada e a análise dos mesmos ocorreu através da Análise de Conteúdo de Bardin (2010). As lideranças comunitárias entrevistadas foram identificadas como L1, L2, L3 e assim sucessivamente até o último sujeito. O estudo segue os preceitos éticos sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC sob o parecer 1.171.773 de 2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo feminino, com mais de 61 anos de idade e apresentavam ensino médio completo. Dos nove entrevistados, sete referiram participar de outros movimentos sociais além do Conselho Municipal de Saúde (CMS), como grupos de 3ª idade, espaços voluntários e grupos religiosos. As falas apontaram para dois pontos centrais: desinteresse e falta de participação da população nas ações de saúde de seus respectivos municípios.

A maioria dos sujeitos entrevistados relata que a comunidade tem conhecimento sobre a existência dos CMS e sobre as ações de saúde que acontecem nos municípios. No entanto, segundo eles, existe *“um grande receio da população em participar e precaver a saúde”* (L8) e, ainda, salientam que *“o povo é, muitas vezes, acomodado”* (L3) e não participa dessas atividades, além dos encontros e reuniões das comunidades, por desinteresse. Segundo os entrevistados, as pessoas *“só querem reclamar, usar e reclamar, mas quando é pra sentar e conversar, não vem”* (L9). Esses dados demonstram que a participação social é vista ainda como algo burocrático e formal, que acontece, principalmente, por meio do CMS na gestão e no planejamento das políticas de saúde, não pensada como um conjunto de gestão e movimentos populares em saúde.

Para Prado, Sarmiento e Costa (2015), a participação social não se restringe apenas à parte de gestão das políticas públicas de saúde, mas, também, à existência da participação efetiva da comunidade por meio de movimentos sociais, reuniões da comunidade ou pelos serviços de saúde através da comunicação entre usuários, comunidade, e profissionais de saúde.

Segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013), a participação social é de extrema importância para a melhoria da saúde pública e, ainda que a participação popular no SUS esteja prevista e assegurada em lei, ela é um processo que está em permanente construção, dependente da mobilização da comunidade e, portanto, sujeita a avanços e recuos.

4. CONCLUSÕES

Através dos dados obtidos, acredita-se que o presente estudo contribui para o conhecimento dos obstáculos identificados por representantes da comunidade para a prática da participação social no SUS nos municípios pesquisados. Destaca-se que se faz necessário o envolvimento e engajamento de todos os atores da sociedade para o fortalecimento da participação social e, consequentemente, para a consolidação do sistema de saúde brasileiro.

5. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015.

FERNANDES, V. C.; SPAGNUOLO, R. S.; NASCIMENTO, E. N. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 218-228, 2017.

PRADO, E. V.; SARMENTO, D. S.; COSTA, L. J. A. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 424-429, 2015.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, sup. 2, p. 7-18, 1998.

DESAFIOS DO CUIDADO AO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR

CAMILA PEIXOTO FARIAS¹; DAIANE PHILIPPSSEN MADERS, MARCELENE SOUZA DUARTE, MARIANA BARBOZA LOPES²

¹Universidade Federal de Pelotas – pfcamila@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – daianemaders@outlook.com, duartecelene@hotmail.com, marianabarbozalopes@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O cuidado humanizado e adequado às necessidades físicas e psicológicas do paciente hospitalizado é de fundamental importância para que ele possa construir recursos para lidar com este momento desafiador que é o adoecimento e a internação. Tendo isso em vista o presente trabalho visa investigar as formas como o cuidado do paciente vem sendo exercido pelas equipes de saúde no âmbito hospitalar, bem como, apresentar uma discussão acerca de tal cuidado.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, por meio de levantamento de trabalhos, artigos e livros que abordassem o assunto de interesse. Posteriormente, mediante reuniões, foram feitas leituras reflexivas, discussões e fichamentos, de forma que possibilitasse o aprofundamento das reflexões sobre o tema abordado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A humanização da assistência tem obtido cada vez mais força dentro dos hospitais, sendo essa uma abordagem profissional que visa a promoção da saúde a partir de um cuidado menos mecanizado e focado apenas na doença (COSTA; FILHO; SOARES; 2003). Dessa forma, é preciso que o cuidado humanizado seja realizado de forma que ultrapasse o modelo de assistência que privilegia a doença, pois, segundo CAMPOS (2016), o paciente não deseja somente ser cuidado por meio de remédios, exames ou cirurgias, mas, deseja também, ser olhado, tocado e escutado.

Para que o cuidado possa ser humanizado é fundamental que os profissionais da saúde possam voltar-se para o sujeito doente. Muitas vezes não é mais possível curar, mas ainda há muito que ser feito para cuidar, sendo esse, também, um papel importantíssimo da equipe. O profissional pode estar disponível para o doente através da sua presença, atenção, cuidado, ajuda e informação, proporcionando uma forma de apoio emocional e podendo favorecer trocas significativas entre ele e o paciente (LUZ, et. Al., 2015). Mas para que isso seja possível é preciso que o cuidado seja realizado tendo em vista a singularidade de cada paciente, a ideia de “cuidar como gostaria de ser cuidado” precisa ser abandonada abrindo espaço para o cuidar alicerçado em “como o paciente gostaria de se cuidado.”

A forma de cuidado que prioriza a doença e, conseqüentemente, a cura, acaba, segundo Quintana, et. Al. (2006), considerando a morte como fracasso da instituição e, também, dos profissionais que ali atuam. Nesse contexto, a relação dos cuidadores com os pacientes que estão, por exemplo, em fase terminal, enfrenta um desafio de manejo. A dificuldade de estabelecer um diálogo com o paciente sem perspectivas de cura se inicia na própria comunicação do diagnóstico, quando é comum a ocultação de informação, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levá-lo à depressão, gerando um agravamento da doença (QUINTANA, et. Al., 2006). Dessa forma, percebe-se a importância de que o cuidado transpasse o âmbito da cura e da doença, para que seja possível fornecer ao paciente um cuidado onde as necessidades integrais do indivíduo sejam consideradas.

Torna-se também necessário perceber que a relação do cuidador com o paciente está diretamente ligada ao próprio cuidado que é dedicado ao profissional, visto que, a equipe hospitalar lida diariamente com situações de difícil manejo. Dessa forma, se esse profissional não possui um espaço ou um apoio para lidar com suas próprias emoções e sentimentos, segundo Faria e Maia (2007), o sofrimento emocional poderá interferir não só em sua saúde, mas também na qualidade dos serviços prestados.

Nesse caso, a partir de uma perspectiva psicanalítica, podemos pensar que a dificuldade de encaminhamento das próprias emoções tenha efeitos na forma de cuidado que os profissionais dirigem aos pacientes. Com isso, nota-se a importância da criação de espaços de acolhimento dos aspectos emocionais ligados a prática profissional. Segundo Luz, et. Al. (2015), a criação de espaços de discussão, de troca de experiências, até mesmo rounds, pode ser uma maneira de reduzir o estresse e situações de sofrimento.

A qualificação profissional das equipes de saúde também é um ponto essencial que permeia as formas de cuidar, pois, de acordo com LUZ, et. Al. (2015), quando se trata do ato de cuidar, o profissional da enfermagem, assim como outros profissionais, baseia-se em suas crenças e valores. Dessa forma, a qualificação auxiliaria o profissional a desenvolver habilidades no manejo com o paciente e seus familiares, a partir de um modo propositivo de enfrentamento que conduz o profissional a aprender a lidar com o sofrimento, a atenção às necessidades biológicas, mas também emocionais do paciente, aprimorando a escuta e a sensibilidade (LUZ, et. Al., 2015).

Portanto, considera-se essencial que o profissional veja o paciente de forma integral, ultrapassando o paradigma da doença como foco e da cura como principal forma de cuidado, pois, segundo Costa, et. Al. (2003) o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos; significa, também, reconhecer os pacientes como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas.

4. CONCLUSÕES

Foi possível concluir que o tratamento do paciente ainda se dá de forma preponderante centrado na doença, sem considerar a integralidade do ser

humano. Dessa forma a cura passa a ser o foco e nesse contexto o cuidado pode acabar sendo negligenciado.

No entanto, o paciente precisa de muito mais do que os procedimentos e intervenções que visam a cura, necessita de profissionais que o percebam como um sujeito único, fornecendo o tipo de cuidado que ele deseja e proporcionando um espaço seguro para que ele possa vivenciar, elaborar e criar suas próprias estratégias para lidar com o adoecimento e a hospitalização.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador? **Uma proposta para os profissionais de saúde**. Teresópolis: Unifeso, São Paulo: Pontocom, 2016.

COSTA, C.A., FILHO, W.D.L, SOARES, N.V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 2003, maio/jun.

FARIA, D.A.P.; MAIA, E.M.C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, nov/dez 2007.

LUZ, K.R., et. Al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 67-71, jan-fev. 2016.

QUINTANA, A.M., et. Al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**, 2006.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO HOSPITAL: O DESAFIO DE CUIDAR E DE SE DEIXAR CUIDAR

MARCELENE SOUZA DUARTE¹; DAIANE PHILIPPSSEN MADERS, CAMILA PEIXOTO FARIAS, MARIANA BARBOZA LOPES²

¹Universidade Federal de Pelotas – duartecelene@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – daianemaders@outlook.com, pfcamila@hotmail.com, marianabarbozalopes@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto que para oferecermos um cuidado humanizado aos pacientes internados em hospitais, precisamos primeiramente considerar a humanidade dos profissionais que atuam como cuidadores, este trabalho visa investigar os tipos de cuidados dirigidos a tais profissionais e apresentar uma discussão acerca de aspectos relacionados a sua experiência emocional e subjetiva; visto que a consideração de tais aspectos pode ser pensada como uma dimensão fundamental do cuidado que deve permear o cotidiano de uma instituição hospitalar.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, por meio de levantamento de trabalhos, artigos e livros que abordassem o assunto de interesse. Posteriormente, mediante reuniões, foram feitas leituras reflexivas, discussões, e fichamentos, de forma que facilitasse a reflexão e discussão acerca do tema abordado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Existem poucos trabalhos sobre os aspectos emocionais implicados no trabalho dos profissionais de saúde da área hospitalar, embora, segundo Faria e Maia (2007), estudos apontem esses profissionais como propensos ao estresse e tensão no trabalho. Esses estudos se referem, principalmente, aos profissionais de enfermagem, vista como a quarta profissão mais estressante no setor público (FARIA; MAIA; 2007).

O pequeno número de pesquisas relacionadas à saúde mental dos profissionais pode estar ligado tanto à postura tecnicista e racional dos profissionais, que não demonstram suas fragilidades e sofrimentos emocionais, quanto a um imaginário social que tem estes profissionais como naturalmente cuidadores, dotados de dom para isto (TACHIBANA, et. al., 2014). Essa parece ser uma ideia equivocada, uma vez que o cuidado exige formação técnica específica, que inclui a compreensão, capacitação e preparo para exercer o papel de quem cuida.

Pesquisas que investigam o cotidiano dos profissionais que atuam no âmbito hospitalar indicam que eles se encontram muito vulneráveis pelo fato de

estarem sempre sob tensão, uma vez que lidam diretamente com pessoas doentes, em sofrimento e vulnerabilidade física, psíquica e social. Além disso, muitas vezes, os pacientes apresentam sintomas difíceis de manejar, necessitam de intervenções invasivas e, junto com seus familiares, exigem dos profissionais muito além do que está ao seu alcance (CAMPOS, 2016).

Quando os profissionais se deparam com seus limites, acabam sentindo a raiva e o desespero de seus pacientes e familiares se voltarem para eles, além de suas próprias angústias e frustrações. O que, na maioria das vezes, não encontra espaço de acolhimento e elaboração entre os colegas de equipe. Segundo Santos (2003), tudo isso, em conjunto com as condições adversas de trabalho, aumentam a vulnerabilidade da equipe ao estresse emocional e ocupacional.

Outro fato importante que deve ser abordado é sobre a ideia de que não falar sobre as fraquezas, medos e angústias dentro das equipes é uma forma de impedir que esses sentimentos se tornem um problema. Essa é uma lógica que deve ser superada, pois, de acordo com Campos (2016), espaços de troca, de cuidados mútuos, apoio e acolhimento são fundamentais no âmbito hospitalar, uma vez que as angústias e frustrações só serão superadas se tiverem espaço para serem compartilhadas, organizadas e elaboradas pelos profissionais. Figueiredo (2007) também destaca que é fundamental que as equipes aceitem os medos e problemas dos seus integrantes, sem fazer imposições, compreendendo sua linguagem, suas percepções, seus anseios e os acolhendo. Para isto, a onipotência, mecanismo de defesa que dificulta aos profissionais de saúde, sobretudo aos médicos, reconhecer suas próprias fragilidades, deve ser superada.

De acordo com Campos (2016), os profissionais, assim como os pacientes, necessitam de apoio e suporte, de alguém que os acolha, os escute, em outras palavras, ofereça um espaço de cuidado. Este alguém pode ser a própria equipe, na qual um pode apoiar o outro, compartilhando seus sofrimentos para que possam ser construídas estratégias de cuidado dirigidas aos profissionais.

Campos (2016) destaca que dependendo das circunstâncias podemos ser cuidadores ou cuidados, o importante é que haja sempre um segundo espaço de sustentação, que dê apoio e suporte necessários para fazer uma coisa ou outra.

Dessa forma, é essencial que as instituições proporcionem aos seus colaboradores um espaço de acolhimento, de escuta, de troca, de compartilhamento de experiências emocionais, de apoio, em outras palavras, um espaço de cuidado para os que cuidam (LUZ, et. Al., 2016). É necessário que se abra um espaço de escuta do sofrimento psíquico dentro do hospital e não apenas para o sofrimento dos pacientes, mas também para o dos profissionais.

Segundo Kupermann (2009), para cuidar, é necessário saber ser cuidado, pois o cuidado oferecido está intimamente relacionado ao cuidado recebido, portanto, só quem é cuidado é capaz de cuidar. Tendo isso em vista, seguimos nos questionando: É possível oferecer um cuidado humanizado nos

hospitais sem um espaço de acolhimento das experiências emocionais dos profissionais?

4. CONCLUSÕES

Foi possível concluir que bibliografias referentes aos cuidados com os profissionais de saúde que atuam na área hospitalar ainda são escassas, embora o cuidado com estes profissionais seja fundamental para redução de estresse emocional e ocupacional e para um tratamento mais humanizado ao paciente.

Portanto, acredita-se que é fundamental a criação de um espaço dentro das equipes hospitalares para que as questões emocionais dos profissionais sejam acolhidas, compartilhadas e elaboradas, permitindo que suas experiências possam servir de alicerce para a criação de possibilidades de cuidado de si, dos colegas e dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador? **Uma proposta para os profissionais de saúde**. Teresópolis: Unifeso, São Paulo: Pontocom, 2016.

FARIA, D.A.P.; MAIA, E.M.C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, nov/dez 2007.

FIGUEIREDO, L.C. A metapsicologia do cuidado. **Psyché**, São Paulo, ano XI, nº 21, p. 13-30, jul/dez 2007.

KUPERMANN, D. (2009). Figuras do cuidado na sua contemporaneidade: testemunho, hospitalidade e empatia. In **M. S. Maia (Org.), Por uma ética do cuidado** (pp. 185-204). Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

LUZ, K.R., et. al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 67-71, jan-fev. 2016.

SANTOS, M.A. Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, Vol. 4, Nº. 4, p. 43-51, 2003.

TACHIBANA, M., et. al. O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. **Ágora**, Rio de Janeiro, Vol. XVIII, Nº. 2, p. 285-29, jul/dez 2014.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDAS COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

KATIELI CORDOVA CAVALLI¹; LEANE DE SALLES²; EDEMILSON PICHEK DOS SANTOS³; CLARISSA BOHRER DA SILVA⁴; SAMANTA ANDRESA RICHTER⁵; GÍMERSON ERICK FERREIRA⁶

¹ *Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) – kcordova@sou.faccat.br*

² *Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) - leane@sou.faccat.br*

³ *Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT)- edemilson@sou.faccat.br*

⁴ *Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) - clarissasilva@faccat.br*

⁵ *Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) - samantarichter@sou.faccat.br*

⁶ *Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT)- gimersonferreira@faccat.br*

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como principal finalidade a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), e assume a premissa de levar saúde para perto das famílias e ser porta de entrada nos serviços (BRASIL, 2011). Atua com equipes multidisciplinares, e tem como princípios de reorganização: a adscrição da clientela, o vínculo entre população e equipes, a territorialização, o diagnóstico situacional do território, mediante cadastramento das famílias e indivíduos, e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população (SOUSA; HAMANN, 2009).

Dentre os profissionais da equipe multiprofissional na APS, o enfermeiro destaca-se por sua atuação nas ações de promoção da saúde, sendo importante que estas ações sejam geridas de maneira a conhecer a população, bem como, as situações de necessidades e vulnerabilidades do território. Assim, a visita domiciliária (VD) constitui ferramenta estratégica à atuação do enfermeiro em APS, trazendo benefícios à assistência da família, e conferindo visibilidade à realidade do território mediante identificação dos riscos à saúde e potencialidades locais (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015), o que favorece a gestão da prática clínica nestas visitas.

Para que a VD atenda plenamente suas funções, ela deve ser previamente planejada e realizada de forma sistematizada, sendo necessário o levantamento e avaliação das condições clínicas e socioeconômicas do indivíduo e seus familiares, (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995), priorizando as VDs às residências com maior vulnerabilidade, e elaborando um plano de cuidado específico para cada caso (COELHO; SAVASSI, 2004).

Partindo do pressuposto de que a priorização do atendimento, alinhado às demandas do território, permite melhor gestão da prática clínica nas VDs, desenvolveu-se um estudo com o objetivo retratar as vivências de acadêmicos de enfermagem na realização de intervenções em comunidade em situação de vulnerabilidade social, a partir dos princípios de reorganização da APS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência das atividades realizadas no âmbito de desenvolvimento do projeto matricial: Gestão da prática clínica na atenção primária à saúde: sistematização e proposições para a qualificação da assistência de enfermagem no município de Taquara-RS, aprovado em comitê de ética em pesquisa (CAAE:71701517.6.0000.8135).

Em termos operacionais, as intervenções na comunidade nortearam-se pelos princípios de reorganização da APS, sendo realizada adscrição da clientela, estabelecimento de vínculo entre população e equipe, ações de territorialização, diagnóstico situacional do território, e cadastramento das famílias e indivíduos, mediante aplicação da ferramenta de estratificação de risco “Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi” (ERF-CS). As ações foram realizadas semanalmente, no período de março a julho de 2017, envolvendo professores, acadêmicos e voluntários de uma ONG (Organização Não Governamental) inserida na comunidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunidade está localizada em bairro periférico do município de Taquara, Rio Grande do Sul, Brasil, e apresenta arranjos que denotam situação de vulnerabilidade social, e abandono das entidades sociais. Nela atua uma ONG que realiza trabalhos comunitários há aproximadamente dez anos, onde, oferecendo aulas de violão, artesanato, grupos de apoio ao tabagismo, incentivo à educação e cuidados com higiene pessoal, além de eventos sociais para a comunidade visando a promoção da saúde.

Como não havia atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no local, uma vez que esta área estava sem cobertura da ESF, realizou-se inicialmente o cadastramento e atualização do cadastro dos moradores. A comunidade sofre com o descaso dos órgãos governamentais e esquecimento urbano, há aproximadamente vinte anos, passando por várias gestões políticas que nunca buscaram soluções para os problemas encontrados nessa microárea.

A análise situacional diagnosticou cenários de vulnerabilidade biopsicossocial, passíveis de intervenção. Muitos moradores não trabalham, alguns encontram-se restritos ao domicílio, por algum tipo de deficiência ou distúrbio psíquico. Várias pessoas idosas, e grande número de crianças desnutridas, sem condições adequadas de higiene.

É elevado o índice de usuários de drogas, tabagismo e álcool, e grande o número de relatos de violência sexuais e doméstica. Condições de saneamento precárias, com esgoto a céu aberto e fossas sépticas, água de poço artesiano ou tratada. As casas são construídas pelos próprios moradores, sem planta arquitetônica ou estrutura segura, muitas construídas uma ao lado da outra, sem espaço entre elas e sem ventilação. Os cômodos nem sempre são separados por paredes. O número de moradores é geralmente mais elevado que o número de cômodos. As ruas são estreitas, com grande quantidade de lixo espalhado em meio ao esgoto a céu aberto.

Observa-se que mesmo sabendo de seus direitos, os próprios moradores, vivem em situação de comodidade com a realidade e muitas vezes aceitam a situação em que vivem, deixando de buscar recursos nos órgãos públicos.

A vulnerabilidade dessa população foi identificada a partir da Escala de Risco Familiar, usando as informações da Ficha A como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realizou-se a pontuação de risco familiar, conforme a escala (COELHO E SAVASSI, 2004). A aplicação da Escala de Coelho e Savassi favoreceu a organização da atenção domiciliar para as famílias de maior risco de vulnerabilidade pelas equipes de ESF deste bairro. Também, foram desenvolvidas ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças e orientações às famílias para acesso aos serviços de saúde.

4. CONCLUSÕES

As situações de vulnerabilidade apresentadas, sugerem a atuação profissional enfermeiro guiado por competências que expressam a necessidade de adotar visão sistêmica frente às demandas de assistência à saúde na comunidade, e espírito empreendedora nas ações que desenvolve. Esse relato confere visibilidade à situação atual da região para que novas intervenções sejam pensadas, em articulação com esferas públicas e atores sociais, em prol de melhorias na qualidade de vida e saúde destas famílias.

A reorganização do território, com visitas em suas macro e microáreas, realizadas nos cadastramentos ou visitas domiciliares de acompanhamento, favorecem conhecer a dimensão e as demandas da comunidade e dos usuários, assim potencializam as ações de planejamento baseado na realidade local.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, R. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. M.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: E.P.U., 1995.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, p. 1325-35, 2009.

ONG VIDA BREVE E A SUA DEDICAÇÃO NA INCLUSÃO DE JOVENS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

ÂNGELA DEBASTIANI PIAIA¹; ALEXANDRA DE QUADROS²; KATIELI CORDOVA CAVALLI³. GIMERSON ERICK FERREIRA⁴.

¹Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) – angela.piaia@sou.faccat.br; ²FACCAT - alexsadra@sou.faccat.br; ³ FACCAT - kcordova@sou.faccat.br; ⁴ FACCAT - gimersonferreira@sou.faccat.br; ⁵

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Organização Não Governamental (ONGs) são conhecidas com terceiro setor consideradas organizações privadas de interesse público, cuja as empresas que as financiam exigem resultados de seus investimentos. As ONGs obtêm recursos através de financiamento dos governos, empresas privadas, venda de produtos e da população em geral (através de doações). Grande parte da mão de obra é formada por voluntários da comunidade. Seu principal papel é garantir os direitos das crianças e dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social através do acolhimento e do desenvolvimento comunitário visando a transformação integral, tornando jovens responsáveis para o futuro.

A história da ONG Vida Breve começou a partir de uma fatalidade no dia 17 de agosto de 2007 por volta das 23h na rodovia RS-115 na localidade de Taquara. Devido ao ocorrido veio a falecer uma menina com apenas 16 anos, Jenifer filha de Airton Ademir Schirmer que foi o responsável pela criação da ONG. A ONG foi criada como objetivo ajudar na inclusão social de jovens em situação de vulnerabilidade por meio das oficinas que ocorrem no local, “Trabalhar a inclusão e a prevenção a violência; Resgatar a autoestima; Tirar a criança, o adolescente e o jovem da rua; Incentivar o comprometimento, a solidariedade e o trabalho em equipe; Trabalhar em parcerias; Fortalecer valores; Preparar o indivíduo profissionalmente para o mercado de trabalho; Formar Monitores de Hip Hop; Diminuir o índice de evasão escolar; Possibilitar a formação de pessoas e por consequência (SCHIRMER, Airton Ademir), comunidades melhores.

Em 2015 a ONG recebeu a visita do Caldeirão do Huck, onde foi realizado reforma para melhorias dos trabalhos realizados na ONG. No ano de 2016 as Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) busca um vínculo com a ONG, onde cria uma parceria para uma troca de conhecimento, alunos do curso de enfermagem visitam o lugar para trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde. Título II Dos Direitos Fundamentais Capítulo I Do Direito à Vida e à Saúde Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (Lei nº: 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)).

A ONG trabalha “com aproximadamente 500 alunos, em ensaios e oficinas divididos por turmas e lugares, em nossas Apresentações Públicas, levamos um máximo de 60 alunos, devido às limitações de espaço (SCHIRMER, Airton Ademir). Contém inserção “14 Escolas, Uma Educação

Infantil, uma Faculdade, e 12 Comunidades, incluindo 04 Distritos nos Municípios de Taquara; e demais Municípios Inclusos que são: Igrejinha, Parobé, Gravataí, Rolante e Novo Hamburgo (SCHIRMER, Airton Ademir)”.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciada em curso de enfermagem da Faccat. Onde foi realizada rodas de conversas abordando os seguintes assuntos: higiene (bucal, das mãos, corporal e dos alimentos), importância da escola, bullying, alimentação, atividade física, anorexia, bulimia, obesidade, sono, violência física e verbal, prevenção de acidentes domésticos, drogas lícitas e ilícitas, ISTs; juntamente com consultas de enfermagem para análise do conhecimento já presente nos jovens.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido às interações com os integrantes da ONG observou-se que muitos dos usuários não têm acesso adequado a informações de saúde, e devido ao baixo nível de escolaridade dos pais acabam se submetendo ao um futuro igualitário dos mesmos; um desses exemplos podemos observar em outras comunidades: “Muitos adolescentes não utilizam ou fazem uso inadequado do preservativo, principal ferramenta de prevenção às ISTs/HIV/AIDS e a gravidez não planejada, o que contribui para o aumento do número de casos dessas infecções (SANTOS, Mariélisson Urbano dos; et al, 2015)”.

Na realização de consultas de enfermagem foi criado um vínculo com cada paciente onde conseguiu-se conhecer realmente cada indivíduo, nessas consultas foi trabalhado com a parte psicológica, neurológica e física. Devido às condições socioeconômicas das famílias dessa comunidade os indivíduos adolescentes relataram ter responsabilidades que não caberiam às suas faixas etárias como ficar em casa sozinhos em períodos contrários da escola, cuidar de irmão com idade abaixo da sua própria, fazer sua própria alimentação, busca de atendimento a unidade de saúde (UBS) sem acompanhamento de responsável ou seus pais.

4. CONCLUSÕES

A necessidade de conhecimento adequado sempre terá sua importância e deve ter continuidade, após esses meses na ONG conseguimos transmitir conhecimento para esses jovens e vemos que isso precisa de uma continuidade, pois conforme vão crescendo suas dúvidas irão aumentar e com um acompanhamento contínuo podemos incentivar e mostrar novas oportunidades.

O enfermeiro pode utilizar várias ações educativas, para facilitar a conversa com os adolescentes nas rodas de conversas ou individualmente podendo assim esclarecer dúvidas. Após a criação do vínculo entre o grupo facilita ainda mais a interação e o desenvolvimento das atividades onde após cada roda de conversa deve-se realizar feedback com uma reflexão e um ato de juramento a melhorar seus hábitos suas ações sempre dando uma continuidade a esses trabalhos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Movimento Natura. **ONG Vida Breve - Grupo Aprendiz**. Acessado em 23 de Agos. 2017. Online. Disponível em: <http://www.movimentonatura.com.br/cs/movimentonatura/ong-vida-breve>.

Presidência da República Casa Civil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Acessado em 23 de Agos. 2017. Online. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

SANTOS, M. U.; et al. **A enfermagem e a vulnerabilidade dos adolescentes frente às ist/hiv/aids: uma revisão integrativa**. Curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus Cuité-PB. 2015.

SCHIRMER, Airton Ademir, **Vida Breve mas não em vão - Da causa vida breve**. Acessado em 23 de Agos. 2017. Online. Disponível em: <http://hiphopepoesia.yolasite.com/da-causa-vida-breve.php>.

SCHIRMER, Airton Ademir, **Por Vida Breve- Histórico/Projeto/Objetivo**. Acessado em 23 de Agos. 2017. Online. Disponível em: <http://hiphopepoesia.yolasite.com/projeto-aprendizes.php>.

MULHERES DIVAS E SEUS ENCONTROS COM A SUBJETIVIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SAVANNAH LEITZKE CARVALHO¹; TAMIRES DARTORA²; LUCIANA SILVA
DA ROCHA³

¹Residente no Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – savannahleitzke@gmail.com

²Residente em Saúde Mental pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) – tadartora@gmail.com

³Pós-graduada em Saúde Mental pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) – lucianasdarocha@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Até recentemente, o uso de drogas era considerado uma problemática somente no mundo masculinas sendo as mulheres pouco representadas no meio das políticas públicas. Desse modo, o estado planeja e cria diversas políticas de saúde pública baseadas nas necessidades masculinas, com poucas considerações para quaisquer diferenças entre os gêneros, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007).

Ao decorrer dos avanços dos estudos sobre drogas, foi visto a necessidade de um recorte com foco no uso/abuso de drogas entre mulheres e as diversas formas de subjetivação que atravessam a vida dessas pessoas (FERTIG, et al., 2016).

Em vista disso, esse estudo tem como premissa dar voz a essas mulheres através de suas narrativas, a fim de mostrar as possibilidades de construir um cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial especializado em sujeitos que usam álcool e outras drogas (CAPSad), baseado em suas experiências, desejos, crenças e contextos.

Objetivou-se gerar reflexões acerca do lugar social que estas mulheres ocupam; aspectos relacionados à criminalização e estigmatização da mulher usuária de drogas; o papel dos CAPSad no cuidado integral; relações destas mulheres com família, cônjuges e território; além de riscos relacionados à violência de gênero.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata de um relato de experiência realizado por profissionais residentes de Programas de Residência Integrada Multiprofissionais em Saúde Mental responsáveis pela coordenação de um grupo terapêutico intitulado “Divas”, destinado a mulheres usuárias de drogas acompanhadas em um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) na região metropolitana de Porto Alegre.

O referido serviço conta com uma equipe multiprofissional (1 enfermeira, 2 psicólogos, 2 técnicas de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 2 assistentes sociais e 1 educadora social), residentes de saúde mental da UFRGS e UNISINOS e estagiários de psicologia da UNISINOS. Neste local são

desenvolvidas atividades de acolhimento, grupo, oficinas, atendimentos individualizados e ambiência. O horário de funcionamento é das 8:00 às 17:30, sem fechar ao meio dia.

Para fundamentação do presente relato, nos baseamos nos relatos das participantes do grupo terapêutico Divas, criado e coordenado por nós, de Agosto de 2016 a Julho de 2017.

Para a realização deste grupo terapêutico foi feita uma análise de demanda através do pedido dos trabalhadores do serviço, em que se evidenciou a ausência de espaços de escuta coletivos para dialogar acerca das subjetividades do universo das mulheres.

O grupo Divas acontecia semanalmente, contando com a participação de aproximadamente 10 mulheres por encontro. Nesse espaço são abordados assuntos de interesse individual e coletivo, escolhidos de forma democrática pelas integrantes, com a fluidez das narrativas pessoais a debates sobre questões sociais. .

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante os encontros, foi possível observar alta rotatividade das participantes nos encontros. Uma das possibilidades elencadas são as questões ligadas ao gênero, principalmente no estereótipo criado a cerca do ser mãe/mulher ideal para a sociedade, causando intensos sentimentos de culpa e frustração por não corresponder aos padrões impostos socialmente.

Ao caminhar da constituição do grupo, foi possível perceber forte interação entre as participantes, formando entre si redes de afetos e de auxílio extramuros do serviço.

Dentre as questões frequentemente levantadas, está à relação dessas mulheres com a violência de gênero, a qual em sua maioria acontece desde a infância por diversos agentes, dificultando o processo de protagonismo/emancipação dessas mulheres sobre a própria vida, gerando dependência emocional com companheiros violentos, sendo vítimas de relacionamentos extremamente abusivos.

Questões judiciais relacionadas à guarda dos filhos também são bastante mencionadas, muito atreladas ao uso de drogas. Em alguns casos de forma problemática provocando uma real negligência no cuidado com os filhos(as), porém em muitos casos, a justiça reduz a mulher somente o uso de drogas e defere a retirada de tutela, sem avaliar todo contexto.

A relação com o tráfico aparece de várias formas, algumas demonstram uma relação de pertencimento e protagonismo na venda e no consumo de drogas, outras um papel coadjuvante ao lado do companheiro. Porém é possível observar que a maioria das participantes tem somente uma relação de uso problemático/abusivo de drogas, sem a participação em atividades criminosas. Das participantes que não estão envolvidas no tráfico diretamente, sua totalidade faz uso somente de álcool e cigarro (drogas lícitas). Em suas narrativas, é visto menos relatos de violência e uma melhor relação com o território quando comparadas com as que estão em uso de cocaína e crack (substâncias ilícitas), as quais estão mais diretamente ligadas ao tráfico e facções, seja para venda, ou para uso pessoal e consequentemente com a violência.

Em relação aos trabalhadores, foi possível lançarmos um olhar para as dificuldades destes em enxergar os diversos processos de subjetivação que permeiam a vida destas mulheres para além da droga, criando diversas barreiras sociais, marcadas por atravessamentos morais, dificultando a (re)construções das participantes, enquanto sujeitos.

4. CONCLUSÃO

Apontamos grandes desafios para a rede de atenção psicossocial/intersetorial em relação à oferta de um cuidado integral para mulheres usuárias de drogas, onde estão presentes aspectos sociais e morais que atravessam o cuidado em saúde, além das violências do tráfico e do estado para com esta população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OLIVEIRA, J.F; NASCIMENTO, E.R; PAIVA, M.S. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc Anna Nery**, Salvador, v.11, n.4, p.694-8, 2007.
- FERTIG, A; SCHNEIDER, J.F; OLIVEIRA, G.C; OLSCHOWSKY, A; CAMATTA, M.W; PINHO, L.B. Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias de vida. **Escola Anna Nery**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.316-310, 2016.

A PERCEPÇÃO DOS GESTORES FRONTEIRIÇOS SOBRE A LEI DE DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

**DANIELE LUERSEN¹; CELMIRA LANGE²; MARCOS AURÉLIO MATOS
LEMÕES³; HELLEN DOS SANTOS SAMPAIO⁴; DENISE SOMAVILA
PRZYLYNSKI CASTRO⁵; CARLA PETERS⁵**

¹Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas – dani_luersen@hotmail.com.br

²Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas – celmira_lange@terra.com.br

³Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas – enf.lemoes@gmail.com

⁴Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas – lellysan@gmail.com

⁵Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas – deprizi@gmail.com

⁶Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas – carlappeters@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre o aborto na América Latina incide como questão de saúde pública, e tem como objetivo avançar no debate diante dos altos índices de mortalidade materna e complicações graves provocadas por falta de assistência a mulheres que o praticaram. Diante disso, é essencial citarmos o Uruguai como elemento chave nesse contexto de avançar em políticas de proteção a mulher.

Na região de fronteira Brasil/Uruguai, pode-se afirmar que vivem duas legislações concomitantemente, por conta da população flutuante que utiliza o espaço de fronteira, permitindo que a mulher com dupla cidadania realize o aborto seguro no Uruguai, diferentemente da mulher brasileira sem dupla cidadania, residente na mesma região.

O objetivo da pesquisa é conhecer a percepção dos gestores em relação à lei de descriminalização do aborto no Uruguai.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que pesquisou seis gestores municipais de cidades do Brasil e do Uruguai. Utilizou-se entrevista semi-estruturada e a análise dos dados realizou-se pela proposta operativa de Minayo. Este estudo teve aprovação Comitê de Ética e Pesquisa da faculdade de Medicina, sob o número 1.971.033 no mês de março de 2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao constituir um tema complexo, implicado por diferentes questões que agem no âmago das constituições sociais é importante perceber como os gestores se posicionam e descrevem o tema, como na fala a seguir:

“Eu tenho entendimento como pessoa, me despindo da questão mais íntima e religiosa, em termos de gêneros, tudo tem que ser igual. É uma questão importante que todas as mulheres tem que

aceder a esse direito. Ela não pode ser criminalizada por isso”

Diante do exposto, o direito das mulheres sobre seu próprio corpo e sua autonomia fica em segundo plano quando argumentos morais, religiosos e científicos permeiam a discussão do aborto. Carvalho e Paes (2014), ratificam que o aborto clandestino não acontece como uma prática isolada, e desconhecida, conforme sugerem os índices de abortos e as estimativas de mortalidade materna por essa causa, no país. No entanto, é uma prática criminalizada no Brasil e as pessoas que a praticam acabam sendo estigmatizadas.

A criminalização deste modo, causa dificuldades de cadastros e cuidados efetivos nos serviços de saúde. Os gestores percebem que o sigilo aponta a insegurança que as mulheres acabam sofrendo pela prática clandestina de abortamento.

Diferentemente do que ocorre no Uruguai, após a aprovação da lei que descriminaliza o aborto, que se considera um avanço para políticas de saúde da mulher. Na fala a seguir observar-se o modelo Uruguio de descriminalização do aborto:

“hacerlo, sino que no quiero más que se mueran más mujeres y se morían, esta ley en el país va acompañada de un fuerte componente de planificación familiar porque si nosotros hacemos una ley que permita el aborto y no hacemos nada para que las mujeres no se embaracen sin querer entonces estaríamos haciendo mal las cosas. El aborto no es un método anticonceptivo, los métodos anticonceptivos son antes”.

O Uruguai utiliza estratégias eficazes para reduzir o número de abortos voluntários, baseando-se na educação do tripé clássico, serviços de planejamento familiar, educação para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos para o exercício responsável da sexualidade. Um planejamento familiar e contracepção acessível e de qualidade para reduzir a gravidez indesejada, serviços de abortamento seguros para reduzir o risco de complicações e melhorar pós-aborto, além da contracepção para evitar novas gravidezes indesejadas (BRIOZZO, 2013).

Com a aprovação da lei, o Uruguai conseguiu diminuir o número de mortes maternas a quase zero e estes dados impactam positivamente nos serviços de saúde, na análise de dados da saúde da mulher a nível nacional e custos para a gestão em saúde. Após três anos de aplicação da interrupção voluntária da gestação, aproximadamente 25.000 mulheres grávidas têm legalmente abortado, sendo o procedimento oferecido por instituições públicas do Sistema Nacional de Integrado de Saúde (SNIS).

A questão jurídica e legal da legislação de enfermagem que fazem referência ao aborto vão além do cenário de deveres do profissional para a bioética, no sentido dos valores e da moral no contexto social, porque se norteiam, muitas vezes, no trabalho, atitudes de preconceitos, discriminações, tabus e estigmas (DIAS, *et al.*, 2013).

Por conta do exposto e principalmente pelo fato do aborto estar inserido em esferas polêmicas, é necessária a formação ética e jurídica do acadêmico

de enfermagem, na (des)construção da educação para a saúde, em valores sociais e da vida.

4. CONCLUSÕES

A partir dos resultados deste estudo, verificou-se que a busca do direito à saúde reprodutiva da mulher e o acesso às ações de saúde existem há séculos. O problema do aborto é questão de saúde pública não somente por complicações físicas, psíquicas, mas também de mortalidade elevada.

É preciso voltar às atenções não só para as mulheres em regiões de fronteira, mas sim, para as mulheres de todo o Brasil, com uma agenda política de amparo, que visem melhorar a qualidade de vida e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos. Os gestores brasileiros fronteiriços são peças fundamentais na busca na descriminalização do aborto no Brasil, uma vez que o país vizinho oferece o mesmo direito às mulheres que possuem dupla cidadania.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRIOZZO, L. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. **Revista Médica Uruguia**, v. 29, n. 2, p. 114-117, 2013.

CARVALHO, S.M., PAES, G.O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Revista Escola Anna Nery**, 2014. v.18, n.1, p.130-135.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed 28. Petrópolis, RJ. 2009

CULTIVO DOTABACO: ASSIMETRIAS ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS

DEISE LISBOA RIQUINHO¹; ÉLIDA AZEVEDO HENNINGTON²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – deise.riquinho@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz - elidahennington@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O objetivo do presente estudo foi compreender as relações entre Estado, sociedade civil e mercado na produção do tabaco em localidade rural de Rincão dos Maia no município de Canguçu, RS. Por meio da imersão no cotidiano dos agricultores plantadores de tabaco e da aproximação de atores importantes para compreender esse contexto, representantes dos três seguimentos sociais, representados por agentes públicos, representantes da sociedade civil organizadas e por integrantes da indústria do tabaco em interação num micro espaço, uma localidade rural produtora de tabaco. Cotidiano este entendido na perspectiva apresentada por Heller (2009) como lócus de vivências concretas, de compromisso pessoal e moral dos atores envolvidos, fazendo parte desse cotidiano o trabalho, a vida privada, o lazer, o descanso e as atividades sociais. Para Santos (2010) o cotidiano faz parte do mundo vivido e nele as pessoas ocupam-se com os objetos, a técnica, o tempo e, especialmente, as ações. Portanto, as escolhas realizadas pelas pessoas decorrem dessas vivências e destes compromissos marcados por processos transitórios vividos diariamente e pelas transformações complexas das relações sociais.

Partiu-se do pressuposto de que o entendimento das relações sociais e de trabalho no meio rural incluindo a propriedade da terra, o estabelecimento de vínculo empregatício, o contrato de trabalho com a indústria do tabaco, a comercialização do produto, e também das condições de trabalho (processo de trabalho, ambiente e organização do trabalho), complementado pela visão de representantes do Estado, da sociedade civil organizada e da indústria, podem tornar possível desvelar o processo produtivo e compreender melhor a lógica do mercado e as diferentes formas de poder que circulam nesse contexto. Acredita-se que por meio dessas diversas visões de mundo, são enfatizadas articulações, formas de resistência e de subordinação ao capital, bem como a partir do conhecimento das maneiras de viver e reproduzir bens materiais e simbólicos (MINAYO, 2004; WEBER, 2009). A visão de mundo é apresentada por Geertz (2008) como uma perspectiva pela qual as pessoas elaboram os fatos na realidade, seu conceito da natureza, de si mesmo, da sociedade.

2. METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo qualitativo do tipo etnográfico (BEAUD; WEBER, 2007). A pesquisa foi realizada em localidade rural produtora de tabaco, no interior do Rio Grande do Sul, no período de dezembro de 2010 a

agosto de 2011. A amostra estudada foi intencional, e os entrevistados foram indicados por informantes chave da comunidade. Os sujeitos de pesquisa foram agricultores que cultivavam fumo; aqueles não o cultivavam; representantes do Estado, entre saúde, educação e agricultura; da sociedade civil organizada e da indústria do tabaco; perfazendo um total de 63 entrevistas.

A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante com cinco famílias que ilustravam as diferentes situações, como, diferentes arranjos familiares, raças/etnias e credos e famílias que tinham, entre seus membros, crianças em idade escolar e menores de 18 anos.

O tratamento e a análise do material produzido foram feitos por meio de categorização temática (MINAYO, 2007). O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (protocolo nº 219/10).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para os agricultores do tabaco tal cultivo é permeado de ambiguidades, pelo fato de que as expectativas alimentadas pela indústria de cultivo lucrativo nem sempre se concretizaram. Os hábitos de confraternização e reuniões sociais na comunidade precisaram ser adiados no período de concentração do trabalho. O adoecimento relacionado ao trabalho como os problemas decorrentes da exposição aos agrotóxicos, as alterações respiratórias e lesões musculoesqueléticas foram destacados.

Havia uma invisibilidade de ações por parte do Estado-setor saúde. Não foi encontrado nenhum profissional responsável pela saúde do trabalhador no município pesquisado. Os diversos atendimentos na rede municipal não foram relacionados à principal atividade produtiva do município, o cultivo de tabaco. O CEREST regional não realizava ações de vigilância, não fiscalizava ou acompanhava tais agravos. As estratégias por parte dos agricultores de recuperação e manutenção da saúde podem mesmo expor a outros adoecimentos como fumar para colher o tabaco ou observar a posição do vento para a aplicação dos agrotóxicos.

No setor da agricultura, percebeu-se um distanciamento entre o conhecimento gerado pelo setor, as oportunidades de crédito e as iniciativas de diversificação agrícola. As educadoras da localidade sentem o desinteresse dos alunos e justificam pelo baixo nível de escolaridade dos pais. Entre representantes da sociedade civil organizada observaram-se diferentes posicionamentos, como, o entendimento da vantagem econômica do cultivo e, a convicção de que os aspectos econômicos seriam maiores se houvesse investimento em policultivos ecológicos. Os representantes da indústria do tabaco reafirmam, o discurso de ganhos e culpabilizam os agricultores pelos insucessos e adoecimentos.

4. CONCLUSÕES

Numa relação de poder tão desigual, é mister que o Estado, de maneira intersetorial, e a sociedade civil organizada atuem ao lado dos trabalhadores

rurais, implementando ações pautadas na participação, no respeito ao saber construído nessas diferentes trajetórias de vida e na possibilidade de redirecionamento da produção agrícola, permitindo a vida e desenvolvimento local, voltada para preservação da saúde do trabalhador e do ambiente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. 1. ed., reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 8ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **De ferro e flexíveis**: marcas do Estado empresário e da privatização na subjetividade operária. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. G. de (Orgs.). **Epistemologia do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 584-603.

WEBER, F. **Trabalho fora do trabalho**: uma etnografia das percepções. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

VIVÊNCIAS DO FAMILIAR CUIDADOR FRENTE À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DA CRIANÇA

Bianca Blan¹; Aline Rodrigues Costa²; Aline Grehs³; Silvana Possani Medeiros⁴; Gabriela Silva Miranda Rosa⁵; Giovana Calcagno Gomes⁶

¹Universidade Federal do Rio Grande – FURG – biancablanenf@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande – FURG – aline.rodrigues.costa@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande – FURG – a.grehs@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande – FURG – silpossani@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande – FURG – gabrielasilva.enf@outlook.com

⁶Universidade Federal do Rio Grande – FURG – giovanacalcagno@furg.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990 é dever de todos estabelecimentos de saúde garantir a presença da família ou de um cuidador responsável em tempo integral junto à criança durante sua recuperação. Uma vez que os familiares são integrados nos cuidados auxiliam no tratamento e tornam a assistência mais eficaz (PONTE et al., 2015; ALVES et al., 2015). Logo, diante do primeiro impacto da hospitalização, o enfermeiro e sua equipe devem prover acolhimento, auxílio e segurança para que a criança e sua família consigam se adaptar da melhor forma possível. (HOSSEINIAN, 2015; OLIVEIRA et al., 2013). Esse período pode apresentar-se como traumático e gerar sentimentos, como o medo e a insegurança se não atendidos no seu primeiro contato no ambiente hospitalar (GOMES et al., 2015). Além disso, durante a internação, muitas mães, que normalmente é a principal figura cuidadora da criança, sentem-se esgotadas física e emocionalmente, utilizando o mecanismo de negação ou revolta, sendo, assim, comuns os conflitos destas com a equipe de enfermagem, tornando-as vulneráveis (SALVADOR, 2013). Sendo assim, é necessário o apoio afetivo e intervenções adequadas da equipe de enfermagem para que esse momento não seja assustador e os problemas sejam resolvidos de forma pacífica (SCHMIDT, 2012). Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi conhecer as vivências do familiar cuidador em relação à internação hospitalar da criança.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa. Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes. Descritiva porque permite a descrição do fenômeno investigado possibilitando que este se torne conhecido e exploratória porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema (TRIVIÑOS, 2009). O local de realização da pesquisa foi na Unidade Pediátrica de um hospital no sul do

Brasil. Participaram 21 familiares acompanhantes de crianças internadas que atenderam ao critério de inclusão: ter dezoito anos ou mais e acompanhar a criança periodicamente, cuidando da mesma durante toda a sua internação, prestando-lhe cuidados contínuos na Unidade. Como critério de exclusão foi utilizado ser cuidador eventual da criança no hospital, substituindo o familiar acompanhante principal durante curtos períodos de tempo ao longo da internação. O número de participantes foi delimitado pelo momento em que os dados começaram a se repetir, não surgindo novas informações. A coleta de dados deu-se por entrevistas semiestruturadas realizadas em 2016. A entrevista é uma atividade em que ocorre uma aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo-se uma combinação particular entre teoria e prática. (MINAYO, 2010). A análise de dados deu-se pela técnica de Análise Temática. Foram respeitados os princípios éticos conforme a resolução 466/12. (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A internação de uma criança, principalmente de modo permanente, causa uma série de alterações na estrutura e na rotina da família. Segundo um dos participantes as questões financeiras relacionadas à internação da criança foram citadas como interferências negativas na vida da família que, muitas vezes, precisou abrir mão de seus planos devido à internação do filho há mais de dois anos sem nunca ter ido para casa. Também referiram sentirem-se presos e esgotados com a internação. Cuidam a criança no hospital, mas precisam continuar trabalhando para amparar financeiramente a família. Segundo Dias et al (2014) em determinadas situações o responsável pela criança é o principal provedor de renda no lar e com a necessidade de internação precisa muitas vezes abandonar seu emprego ou realizar uma jornada dupla entre a criança e o trabalho para manter o sustento da família. Além disso, a rotina da unidade sobrecarrega e estressa o familiar quando o mesmo não possui uma rede de apoio social. O familiar cuidador passa a dedicar-se exclusivamente ao cuidado da criança, deixando suas necessidades e atividades de lado, abdicando de qualquer tempo livre para os cuidados diários da criança no hospital (GUERINI et al, 2012). O confinamento do familiar cuidador no hospital também afeta a sua convivência com os demais familiares o que interfere de forma negativa no contexto e na rotina familiar. (GOMES; OLIVEIRA,2012)

4. CONCLUSÕES

Conclui-se por meio deste estudo a importância da equipe de enfermagem em conhecer as vivências do cuidador familiar diante da internação hospitalar da criança, visto que estes são o suporte principal da mesma durante esse momento. Durante a internação, a família faz parte de todo o processo de recuperação da criança e também necessita de cuidados para se adaptar e passar por este momento de forma mais tranquila possível. Portanto, acredita-se que o conhecimento gerado neste estudo poderá subsidiar aos profissionais que atuam em Unidades de Pediatria o desenvolvimento de estratégias efetivas de cuidado à criança e seu familiar cuidador, amenizando seu sofrimento durante o período de hospitalização.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, B. A. et al. Criança hospitalizada: caracterização dos procedimentos cirúrgicos em um hospital escola público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 317-324, ago. 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. 11ª ed. Brasília: Câmara, 2014.

_____. Conselho Nacional de saúde. **Resolução nº466**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília. v.4, n. 2, p.59, 2012.

DIAS, A. et al. Pais com filhos internados em unidade pediátrica: contribuições da equipe do pet-saúde para o cuidado. **Disciplinarum Scientia**. v. 15, n. 2, p. 215-24, 2014.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P.K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 33, n.4, p. 165-71, 2012.

GOMES, G. C. et al. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 49, n. 6, p. 951-957, Dec. 2015.

GUERINI, I. C. et al. Percepção de familiares sobre estressores decorrentes das demandas de cuidado de criança e adolescente dependentes de tecnologias. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. vol. 21, n. 2, p. 348-55, 2012.

HOSSEINIAN, M.; MIRBAGHER, A. N.; ESALAT MANESH, S. Mothers' satisfaction with two systems of providing care to their hospitalized children. **Iran Red Crescent Med J**. v. 17, n. 2, p. 23333, 2015.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social; teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 46-53, 2013.

PONTE, K. M. A. et al. Cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada: visão do responsável. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúd**. v. 17, n.3, p. 165-8, 2015.

SALVADOR, M.S. **Vivências do familiar no cuidado a crianças com doenças crônicas**: subsídios para a prática da enfermagem. 2013. 97f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federa do Rio Grande, FURG.

SCHMIDT, K.T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 73-81, 2012.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

O COTIDIANO DE PESSOAS PORTADORAS DO VÍRUS HIV EM TRATAMENTO NO HOSPITAL-DIA DO HE/UFPEL

Marly Floripes da Costa Farias¹; Alessandra Ballinhas de Moura²; Ana
Elisabeth da Cruz Ferraz³

¹Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) - marly.cfarias@hotmail.com

²Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) - sociedade28@hotmail.com

³Ebserh/UFPEL - ana_ecferraz@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma decorrência de uma dissertação do Mestrado em Política Social da universidade Católica de Pelotas – UCPel. Trata-se de uma tentativa de compreender o cotidiano das pessoas portadoras do vírus HIV e transtorno mental associado. Os entrevistados para essa pesquisa foram as pessoas cadastrados no Hospital Dia da UFPEL. A estrutura deste trabalho envolve uma abordagem qualitativa proposta por autores como MEIHY (1996, p.98) e MEIHY e HOLANDA (2007, p.133-135), onde há ênfase na história oral. Através das entrevistas, foi possível compreender as falas das pessoas que são portadores de HIV e transtorno mental, as suas experiências e seu cotidiano, e igualmente, entender como a sociedade, a família e os amigos encaram o portador e o transtorno mental.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o projeto foi trabalhar em cima das perspectivas dos autores já mencionados, dentro das suas obras, também foi utilizado como aparato do trabalho, as informações colhidas na própria pesquisa que de forma qualitativa, focando no método de história oral, que se mostrou ser o melhor meio para compreender como os sujeitos da pesquisa sentiam e percebiam, suas doenças e como conviviam com estas. Visto de quem vive e sente uma dada situação é quem tem mais condições de conhecer a realidade.

Considerando essas questões, foi utilizada nesta pesquisa a proposta de análise de dados proposta por MEIHY (1996, p.98): “após a entrevista quando absorvido o ritmo da entrevista e a intenção procede-se, a *transcrição*, que num primeiro momento, é literal, ou seja deve ser fiel ao acontecido”.

Conforme ainda MEIHY (1996) destaca que após essa etapa, deverá ocorrer a textualização em que elabora-se um texto no qual as perguntas são retiradas. Desse modo, o texto “passa, pois, a ser dominante do narrado”. O entrevistado (narrador), “passa a ser figura única por assumir o exclusivismo da 1ª pessoa” (p.58).

Na elaboração da textualização das entrevistas escolhe-se o *tom vital*, que significa escolher “a frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista”. Essa frase será o norte que orientará, a recepção do trabalho”. Assim sendo, tal frase vai “organizar o critério de percepção do leitor” (MEIHY, 1996, p.59).

MEIHY e HOLANDA (2007, p.156), em relação à textualização, ainda afirmam que nessa fase “a narrativa deve ser limpa, enxuta e coerente”, com a retirada das perguntas do entrevistador, a fim de propiciar uma leitura *fácil e compreensível*.

Após as etapas expostas acima, chega-se à fase mais importante para a história oral, que é a do texto elaborado através da transcrição. Essa etapa irá resultar na “formação de um corpo documental” (MEIHY, HOLANDA, 2007, p.155).

A transcrição nos aproxima do sentido e da intenção original que o colaborador quer comunicar. Tudo vira ato de entendimento do sentido pretendido pelo emissor, que pode ser expresso tanto oralmente quando por escrito. Em outra dimensão, o projeto como um todo também reproduz essa intenção.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das entrevistas, foi possível compreender as falas de pessoas que vivenciam a experiência no cotidiano e, facilitar dessa forma, o desvelamento do problema de pesquisa. Por outro lado, durante a pesquisa, percebeu-se que, através das narrativas, e vivências, pode-se conhecer como a sociedade, a família e os amigos encaram o portador do vírus HIV e o transtorno mental e, também, quais estratégias de vida essas pessoas lançam mão para viver.

Buscou-se conhecer a compreensão das pessoas portadoras de HIV com transtorno mental associado acerca de suas enfermidades e de suas vidas; a forma como se relacionam com suas famílias, além de suas atividades sociais e profissionais para, assim, identificar e analisar as adversidades sociais que enfrentam no cotidiano. A presente dissertação abordou a dimensão social da AIDS e da loucura destacando a existência do preconceito e do estigma na sociedade contemporânea. Os resultados da pesquisa demonstram que o sentimento de medo da morte, a rejeição de outras pessoas e a percepção do preconceito marcam o cotidiano dos sujeitos pesquisados.

4. CONCLUSÕES

O cotidiano das pessoas portadoras do vírus HIV com transtorno mental associado é composto por diferentes formas de medo, como medo do preconceito e da discriminação que ainda perpassa a AIDS. Assim sendo, o meio social é considerado hostil a estabelecer relações, deste modo as pessoas necessitam criar estratégias de sobrevivência e autoproteção.

Desse modo, após o diagnóstico, a vida dessas pessoas passa a contar com elementos que limitam a liberdade de viver e a segurança em estabelecer relações interpessoais. Tais relações basicamente estão atreladas à família e a amigos muito próximos, já que novas relações – não só afetivas, como também as de sentido mais amplo – são temidas e, portanto, evitadas.

Por conseguinte, as pessoas portadoras do vírus HIV com transtorno mental associado têm diversas percepções sobre as concepções que o meio social faz de suas patologias – que estão embasadas em experiências pessoais, através das vivências do preconceito, estigma e rechaço no meio social e na própria família. Em última instância, essas percepções refletem-se

no comportamento e na vida dos indivíduos, pois suas vidas são marcadas por isolamento, sentimento de culpa, vergonha e baixa autoestima que, por fim, tornam o adoecimento mais sofrido e limitante do que as próprias patologias. Resultando na chamada morte social, que é imputada a essas pessoas restringindo-as das oportunidades de viver socialmente de forma digna.

Verifica-se que não é impossível a reversão dos efeitos sociais das duas patologias aqui estudadas, contudo acredita-se que pode ser uma tarefa difícil, uma vez que envolve mudança da visão de mundo e das pessoas, o que resulta em mudança de comportamento. E essa mudança passa por uma transformação através da qual o ser humano ocuparia o lugar mais importante, independentemente de ser portador de características ou de comportamentos que divergem da maioria. Dessa forma, a valorização e respeito centrados no ser humano implicariam na aceitação das diferenças e diversidades. O caminho a ser trilhado para se alcançar este momento é longo incerto, porém a tomada de consciência dos males sociais, a que muitas pessoas estão expostas, talvez se torne um primeiro passo desta caminhada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FARIAS, M. F. C. O cotidiano de pessoas portadoras do vírus/HIV com transtorno mental associado em tratamento no hospital-dia do HE/UFPEL. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas: dezembro de 2013.

MEIHY, J.S. Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

MEIHY, J.S.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

LEI DO ACOMPANHANTE: VIVÊNCIA DAS PUÉRPERAS

LIVIA MOTTA BOLZAN¹; GREICE SUZANA SCHMECHEL²; MARILU CORREA SOARES³; NATÁLIA TIMM AIRES⁴; LUIZA ROCHA BRAGA⁵; JULIANA BAPTISTA RODRIGUES⁶

¹ Faculdade de Enfermagem - UFPEL – lm.bolzan@hotmail.com

² Hospital Escola – EBSEH - UFPEL – greicesuzana@yahoo.com.br

³ Faculdade de Enfermagem – UFPEL – enfermeiramarilu@gmail.com

⁴ PPGENF – Faculdade de Enfermagem – UFPEL – natytim@hotmail.com

⁵ PPGENF – Faculdade de Enfermagem – UFPEL – luizarochab@gmail.com

⁶ PPGENF – Faculdade de Enfermagem – UFPEL – rodrigues.b_juliana@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais que compõem o processo de transição do status de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Para Monteiro e Tavares (2004) o momento do parto não é caracterizado apenas por um fenômeno fisiológico, mas também por influências psicológicas, pois na hora do parto a gestante sofre um misto de sentimentos como, medos, incertezas e ansiedades, o que é determinante para tornar o processo de parturição uma experiência positiva ou traumática.

Se por um lado a institucionalização do parto significou um grande avanço no que se refere à saúde da mulher, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por outro deixou as mulheres submissas e vulneráveis ao modelo biomédico, expondo as parturientes a procedimentos intervencionistas, invasivos e, muitas vezes, desnecessários, que diminuem sua autonomia e participação no processo (SCHMALFUSS et al., 2010).

O Ministério da Saúde (MS) garante como um dos direitos da gestante o acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, ou seja, toda a gestante tem o direito a um acompanhante de sua própria escolha, e de preferência este a acompanhe, participe ou tenha participado da assistência pré-natal, a fim de que tenha conhecimento quanto a melhor maneira de ajudar a mulher no momento do parto (BRASIL, 2005). As gestantes que tem o direito do acompanhante garantido ficam mais tranquilas e seguras durante o processo de parturição. Outra evidência é a de que a presença do acompanhante auxilia para a redução do tempo do trabalho de parto e diminui o número de intervenções cirúrgicas (BRASIL, 2006a). A partir destas reflexões, este estudo tem por objetivo conhecer a vivência das puérperas quanto a presença do acompanhante no seu processo de parturição.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como qualitativo e descritivo e foi realizado em uma Unidade Obstétrica de um hospital de ensino da cidade de Pelotas-RS. As participantes foram 8 puérperas com 24 horas de pós-parto ou mais. O número de participantes ocorreu após a saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO. 2008). Os princípios éticos que nortearam

esta pesquisa são correspondentes a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, sob o parecer 1.498.692 e CAAE 54998216.0.0000.5317 e as participantes do estudo foi assegurado o conhecimento do estudo, anonimato, direito à desistência durante o processo de investigação e o acesso aos resultados. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista individual semiestruturada através de gravação autorizada pelas participantes, previamente agendada e realizada na instituição, em sala privativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos foram analisados de acordo com a Proposta Operativa de Minayo (2013) e de acordo com os resultados encontrados, emergiram duas categorias temáticas: Fragilidades e potencialidades relativas à presença do acompanhante e A humanização do parto para atenção qualificada à mulher.

Com relação à primeira temática os resultados apontaram que a gestante quando acompanhada por pessoas com quem possui um vínculo, se sente à vontade, tem maior suporte, compartilha tensões, medos e incertezas. Outro aspecto a ser destacado nesta temática, são as fragilidades, como a participação limitada do acompanhante.

Nos depoimentos das participantes identifica-se que a falta de vínculo com os profissionais interfere na comunicação e segurança do momento do parto. A falta de informação ainda é a razão principal das mulheres perderem sua autonomia e deixarem seus direitos de lado. As mulheres ainda estão chegando nas maternidades sem entender todo o processo pelo qual estão passando. É importante que os profissionais enquanto detentores do conhecimento façam bom uso do mesmo. Para isso é necessário investimento na educação permanente e no respeito aos sentimentos da parturiente, e, entendendo que o processo de parturição é um momento de fragilidade e que ter alguém de confiança junto de si, é capaz de transformar a experiência em algo positivo e mais seguro.

Sobre a segunda temática, é notável que a aplicabilidade ou não dos direitos da gestante dependem da informação e/ou a falta dela. A luta pela humanização do parto nos hospitais ainda é grande. Percebe-se que apesar de existir diferentes programas e políticas que preconizam a melhoria na qualidade da assistência a mulher, desde a concepção até parto e puerpério, ainda existem aspectos a serem melhorados, como por exemplo, a aderência dos profissionais as práticas humanizadas e a aplicação dos direitos das gestantes.

São diversos fatores que influenciam no momento do parto, fatores que ocorrem desde a realização de um acompanhamento de pré-natal falho até a falta de investimentos na atualização dos profissionais e sensibilização. A infraestrutura também interfere, pois as mudanças nas unidades obstétricas nem sempre acompanham as leis. Ainda há muito a se fazer e mudar, mas é de suma importância que este evento seja respeitado e entendido como único na vida da mulher e família.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou identificar as potencialidades e/ou fragilidades verbalizadas pelas puérperas quanto à presença do acompanhante durante seu trabalho de parto, parto e puerpério. Evidenciou-se nos relatos das mulheres a falta de conhecimento sobre a Lei do acompanhante. Também foi possível identificar que a palavra humanização é pouco abordada durante a gestação e em consultas de pré-natal, visto que a maioria das entrevistadas nunca ouviu falar ou tinha ideia totalmente errônea no que diz respeito à atenção humanizada durante o processo de gestação, parto e puerpério. Os depoimentos das mulheres possibilitaram pressupor que apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos, ainda enfrentamos uma disputa entre o modelo tecnocrático e a humanização do atendimento. Todas as mulheres participantes deste estudo manifestaram ser positiva a presença de alguém de sua confiança no pré-parto e parto e somente o fator nervosismo contou como ponto negativo. A luta pela humanização do parto nos hospitais ainda é grande. Percebe-se que apesar de existir diferentes programas e políticas que preconizam a melhoria na qualidade da assistência a mulher, desde a concepção até parto e puerpério, ainda existem aspectos a serem melhorados, como por exemplo, a aderência dos profissionais as práticas humanizadas e o respeito aos direitos das gestantes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Brasília, 01 jun. 2000.
- _____. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. **Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe.** Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Daphne Rattner. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRÜGGEMANN, O. M. et al. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado. **Rev. Tempus Actas Saúde**, v.4, n.4, 155-160p, 2010.
- COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.10, n.20, 363-380p, jul./dez. 2006.
- DIAS, M. A. B. Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 627-637p, jul./set. 2005.
- FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, 17-27p, 2008.

- LOPES, C.V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enferm**, v.14, n.3, 484-490p, jul./set. 2009.
- MONTEIRO, M. A. A.; TAVARES, T. J. L. A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.5, n.2, 73-78p, jul./dez. 2004.
- MOTT, M. L. Assistência ao Parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. História**, São Paulo, v.25, dez. 2002.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, 1859-1868p, ago. 2008.
- NEVES, P. C. Feminismo e Política: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro. 36º Encontro Nacional da ANPOCS. GT15 – Gênero, deslocamentos, militâncias e democracia. Anais... Águas de Lindóia, 1-29p, out. 2012.
- OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Esc. Enfermagem**. São Paulo, v.36, n. 2, 133-140p, 2002.
- OMS. Organização Mundial Da Saúde. **Maternidade segura, assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.
- PRADO, A. A. O parto em outras Épocas e Localidades. Amigas do Parto. [s.d.]. Disponível em: . Acesso em: 01 out. 2015.
- SCHMALFUSS, J. M. et al. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.9, n.3, 618- 623p, jul./set. 2010.
- SEIBERT, S. L. et al. Medicalização X Humanização: O cuidado ao partona História. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, 245-251p, 2005.
- SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.4, n.3, 269-279p, jul./set. 2004.
- SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v.10, n.22, 161-182p, jan./jun. 2008.
- STEVENS, C. M. T. Maternidade e literatura: desconstruindo mitos. In: SWAIN, T. N.; MUNIZ, D. C. G. (Orgs.). **Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas**. Florianópolis: Mulheres; Belo Horizonte: PUC-Minas, 2005.
- TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 2011. UFPEL. Manual de normas UFPeL para trabalhos acadêmicos. Pelotas: SisBi/UFPeL, [s.d.].
- VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

**EQUIPE ITINERANTE DE SAÚDE MENTAL E TECNOLOGIAS NO
PROCESSO DE TRABALHO**

ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO¹; LEANDRO BARBOSA DE PINHO²;
ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS³; TALITA PORTELLA CASSOLA⁴;
FRANCIELE SAVIAN BATISTELLA⁵

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul – adrianeeslabao@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – lbpinho@uol.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul – elitiele_ortiz@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul – talia_cassola@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Sul – fransavian@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A implantação de Equipes Itinerantes de Saúde Mental são inovações dentro das redes de saúde. A III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, com o lema “cuidar sim, excluir não”, trouxe a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, abordando a necessidade de equipes itinerantes no âmbito da atenção básica como um método para o cuidado de indivíduos e famílias.

As atividades itinerantes são utilizadas para realizar o deslocamento nos territórios de moradia de pessoas e grupos vulneráveis com necessidades de saúde que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de atenção. Estes grupos são as pessoas em situação de rua, as comunidades indígenas de costumes nômades, usuários de drogas que não se adaptam a protocolos clínicos que exigem a abstinência e os usuários refratários ao acompanhamento nos serviços de saúde mental (LEMKE; SILVA, 2011).

A criação de equipes itinerantes que possuem como cenário e ambiente de trabalho a rua e o modo itinerante para promover encontros entre sujeitos têm importante papel na atenção de pessoas em uso/abuso de drogas, pois possuem como principais ferramentas tecnológicas de cuidado o encontro com a produção de diálogo, vínculo, escuta e o reconhecimento das reais necessidades em saúde.

O presente estudo tem como objetivo analisar as tecnologias presentes no processo de trabalho da Equipe Itinerante da Rede de Saúde Mental do município de Viamão/RS. A referida Equipe Itinerante é responsável por receber as solicitações de tratamento em saúde mental oriundas do Ministério Público através de guias de atendimento ou de processos judiciais. A criação dessa equipe visou garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde mental sem a judicialização da saúde.

2. METODOLOGIA

No presente estudo foi utilizado o referencial teórico do processo de trabalho em saúde articulado ao debate sobre o modo psicossocial. O estudo é de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O estudo de caso é uma “categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa

aprofundadamente” e tem como foco de estudo um cenário no qual está sendo implantada uma nova tecnologia (TRIVIÑOS, 1987 p. 135).

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2015, através da observação participante, análise documental e a entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo foram três profissionais da Equipe Itinerante de Saúde Mental. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do parecer: 1.144.089. Para realizar a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, modalidade temática.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontaram para a clareza da equipe itinerante de seu objeto de trabalho, o usuário. O papel da equipe é relativizado como sendo de apoiador das equipes de referência dos Centros de Atenção Psicossocial, além disso, se consideram responsáveis por emitir respostas ao Ministério Público e pela inserção dos usuários nos serviços de saúde. A clareza em relação ao objeto de trabalho é importante, pois no cotidiano dos serviços o usuário pode ficar desassistido em meio a tantos processos burocráticos.

As tecnologias de trabalho utilizadas pela equipe são: as visitas domiciliares, as reuniões de equipe e outras tecnologias específicas adaptadas ao cenário local, como as Guias de Encaminhamentos, utilizadas como forma de evitar a abertura dos processos judiciais na saúde. Salientamos que as tecnologias utilizadas pela equipe itinerante são de grande importância pelo potencial de geração de encontros entre os próprios trabalhadores e os usuários. As ações de desburocratização das atividades, os avanços em articulações e intervenções em conjunto com os serviços de referência e a necessidade de melhores diálogos com o setor judiciário foram observadas.

Em relação às potencialidades, foram destacadas a criação da própria equipe para atuar com o setor judiciário, evidenciando a importância da articulação intersetorial, a autonomia para a organização do trabalho e o espaço para o trabalho em conjunto com componentes estratégicos em saúde mental, como o CAPS AD e a atenção básica. Já em relação aos desafios, foi identificada a dificuldade de encontrar o usuário no seu território, a mediação de conflitos familiares e as questões relacionadas à violência, ao tráfico e o preconceito.

Neste sentido, alguns estudos já vêm discutindo a questão da violência (PINHO et al, 2012), do tráfico e o rechaço social do usuário, colocando-o à margem da sociedade (SOUZA; ALENCAR; RIBEIRO, 2015). Deste modo, percebemos grandes desafios para atuar com as famílias e as pessoas que usam drogas, visto que, os aspectos envolvidos nesse consumo estão intimamente relacionados com as questões culturais de uma sociedade que emite preconceitos e com a violência gerada não pela droga, mas pelas desigualdades na sociedade brasileira. Portanto, o trabalho neste âmbito exige uma ética política dos profissionais de saúde, alinhada ao modo psicossocial de cuidado que permita o fortalecimento dos arranjos e práticas intersetoriais capazes de lidar com a complexidade dessas questões.

4. CONCLUSÕES

A criação da Equipe Itinerante de Saúde Mental é uma inovação no município estudado, visto a necessidade de olhares singulares para as pessoas envolvidas em processos de judiciais de saúde. Assim, ao observar o processo de trabalho desta equipe evidenciamos práticas condizentes com o modelo psicossocial de cuidado, bem como alguns desafios inerentes ao modo inovador de atuar no campo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.

PINHO, L.B. et al. Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. **Enfermería Global**, Murcia, v.11 n. 25, p. 139-149, 2012.

SOUZA, W. C.; ALENCAR, I. M.; RIBEIRO, P. E. Cuidado integral à saúde de usuários de crack e outras drogas: ação de rede entre consultório de rua e atenção básica. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**. Málaga, n.30,2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987. 174p.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ÓTICA DAS GESTANTES DE ALTO RISCO

SAMUEL VAREIRA FERREIRA¹; MARILU CORREA SOARES²; CAMILA NEUMAIER ALVES³; TATIANE MACHADO DA SILVA SOARES⁴ SUSANA CECAGNO⁵; GREICE CARVALHO DE MATOS⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – mukavf@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – enfermeiramarilu@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – camilaenfer@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – tatibi_tati@yahoo.com.br

⁵ Universidade Federal de Pelotas – cecagno@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas – greicematos1709@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O pré-natal é preocupação constante do Ministério da Saúde, que tem investido em políticas e programas públicos e na uniformização do cuidado, enfatizando a melhoria da qualidade, segurança e humanização da assistência as gestantes (BRASIL 2012).

A gestação de alto risco é aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de comprometimento do que média da população. Trata-se de uma experiência estressante, visto que o curso normal da gravidez pode ser interrompido, repercutindo em todo o contexto familiar (BRASIL, 2012; ZAMPERI, 2011).

O cuidado direto e sistematizado de enfermagem às gestantes oportuniza um ambiente de confiança, e suporte emocional necessário para que estas manifestem suas dúvidas e apreensões. A ação educativa dos membros da equipe de enfermagem tende a diminuir a incidência de danos redutíveis e a desenvolver uma atitude responsável quanto à proteção de sua saúde da mãe e bebê (MARQUES; PRADO, 2004).

O presente estudo objetiva apresentar à visão de gestantes de alto risco no tocante a assistência de enfermagem prestada em um Hospital de Ensino em Pelotas/RS.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo e descritivo. A pesquisa qualitativa refere-se a questões singulares, das relações, das representações, das crenças e das percepções (MINAYO, 2010). No estudo descritivo, o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos sem manipulá-los (CERVO, BERVIAN E SILVA, 2007).

O cenário da pesquisa foi a Maternidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, e participaram nove gestantes de alto risco internadas em novembro de 2016. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas individuais e semiestruturadas, e foram gravadas.

A análise e interpretação dos dados foram fundamentadas na Proposta Operativa de Minayo (2010).

Este estudo respeitou a Resolução 466/12, e o Código de Ética de Enfermagem. Foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina/UFPeI - registro 60555316.5.0000.5317.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo pertenciam a faixa etária entre 18 e 45 anos, tinham nível de escolaridade entre ensino fundamental incompleto e superior incompleto. Quanto à ocupação, quatro eram donas de casa, uma vendedora, uma corretora de imóveis, uma agricultora, uma empregada doméstica e uma estava desempregada. A renda familiar variou entre um a cinco salários mínimos.

Na primeira categoria abordou-se a assistência de enfermagem na visão das gestantes, e evidenciou que os profissionais criam um ambiente de confiança, possibilitando a expressão e verbalização das apreensões e dúvidas.

A essência do enfermeiro é o cuidar, processo que envolve contato próximo, denotando assistir ao ser humano nas suas necessidades, envolvendo atos, comportamentos e atitudes. Para que esse cuidado seja efetivo, o enfermeiro necessita ser empático e ofertar cuidados à gestante de forma que contemplem suas expectativas (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Vislumbrou-se a importância da atuação dos enfermeiros para ativa implantação de ações de cuidado e educação em saúde, sendo marcante o papel desses profissionais para o reconhecimento na equipe de saúde.

Para qualificar a assistência, as gestantes devem ser envolvidas num ambiente confiável, objetivando sua credibilidade e o atendimento conforme suas vivências, não apenas sob a ótica das doenças que as acometem.

Na segunda categoria, elencaram-se sentimentos vivenciados pelas participantes durante a hospitalização. O processo de gestar relaciona-se à experiência delas com as condições de saúde e cada uma tem formas diferentes de conviver e lidar com a situação.

O sentimento de medo pela sobrevivência do bebê foi a maior preocupação evidenciada. É comum elas expressarem temor pela vida de seus filhos, uma vez que têm consciência de que as intercorrências gestacionais poderiam gerar agravos ao bebê (ZAMPERI, 2001).

Contudo, observou-se que as participantes expressaram suas esperanças e, aguardavam ansiosas para terem seus bebês em seus braços. Esta esperança as fazia enfrentar o presente cheio de dúvidas, medos e ansiedades e as levava a acreditar em um futuro promissor. Ansiavam por voltar ao seu lar, conviver com suas famílias, retomar sua rotina e assumir seu espaço.

4. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer a visão de gestantes de alto risco sobre a assistência de enfermagem recebida. Elucidou-se que o cuidado de enfermagem neste hospital está sendo muito bom. As gestantes estabeleceram vínculos, confiança e segurança durante o tempo de internação, e apontaram a importância dos profissionais da enfermagem.

Com relação aos sentimentos expressos pelas gestantes reforça-se que os profissionais da enfermagem invistam no diálogo, para obterem melhores resultados nas suas ações, tornando a assistência de qualidade e humanizada.

Espera-se que este estudo desperte reflexões nesses profissionais, mostrando a relevância de uma assistência que valoriza os sentimentos singulares, as demandas originadas pelas gestantes e suas famílias, construindo vínculo com as mulheres, de forma que se sintam seguras para vivenciar este período crítico em sua vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa em seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CERVO, A. L. SILVA, R. BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Pearson Education – Br, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311 de 18 de janeiro de 2007**.

COSTA, P. C.; GARCIA A. P.; TOLEDO, V. P.; Acolhimento e cuidado de Enfermagem: Um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n. 1, p. 2-7, 2016.

MARQUES, R. G. PRADO, S. R. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Revista Enferm UNISA**. v.5, p. 33-6, 2004.

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

ZAMPERI, M. F. Vivenciando o Processo Educativo em Enfermagem com Gestantes de Alto risco e seus Acompanhantes. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 22, n.1, p. 140-166, 2001.

ESCUTA TERAPÊUTICA E VIOLÊNCIAS DE GÊNERO, SEXUALIDADE E RAÇA: DIÁLOGO ENTRE PSICOLOGIA E ESTUDOS DECOLONIAIS

RENICE EISFELD MACHADO¹; MARIA LEONOR MESQUITA TARQUES DA SILVA²; MIRIAM CRISTIANE ALVES³.

¹Universidade Federal de Pelotas – renice.eisfeld@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – leonortarques28@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – oba.olorioba@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa-intervenção integra uma ação do Núcleo de Estudos e Pesquisas É'LÉÉKO, realizada em parceria com a Clínica Psicológica do curso de Psicologia da UFPel. Ela foi construída levando-se em consideração a proposta do É'ÉLÉÉKO no que tange a edificação de uma Clínica Política Decolonial a partir de estudos e intervenções sobre sofrimento psíquico e subjetividades subalternas. Este estudo nasce de uma experiência exitosa de estágio curricular em psicologia, denominado "Diz Ai! Conversando sobre Gênero, Sexualidade e Raça", realizado com estudantes da universidade que buscaram atendimento psicológico junto a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE).

Partindo do conceito de interseccionalidade (LUGONES, 2007), têm-se como objetivos: construir um espaço de escuta, diálogo e empoderamento para pessoas em sofrimento psíquico produzido por violências de gênero, sexualidade e raça; problematizar as violências que se entrelaçam no cotidiano das relações interpessoais, tornando-se imperceptíveis por estarem transformadas em hábitos legitimados na sociedade.

2. METODOLOGIA

O referencial teórico-metodológico utilizado para subsidiar a elaboração da pesquisa-intervenção e a problematização sobre a interface sofrimento psíquico, violências e colonialidade no contemporâneo, parte dos estudos decoloniais, cujas principais categorias de análise são: colonialismo (FANON, 2005), colonialidade do poder (QUIJANO, 2000), colonialidade do ser (MALDONADO-TORRES, 2007), colonialidade de gênero (LUGONES, 2008). Como estratégia metodológica será utilizado o co-labor (LEYVA; SPEED, 2008) de modo que o estudo seja construído na prática e em conjunto com as pessoas que constituem o grupo.

A pesquisa-intervenção está sendo realizado em doze etapas: 1) estudo e discussão sobre o marco teórico-conceitual; 2) apresentação do projeto à Clínica Psicológica da UFPel; 3) estudo e discussão dos casos clínicos atendidos durante o estágio curricular em psicologia; 4) levantamento e discussão dos principais conflitos e violências presentes nos casos clínicos atendidos durante o estágio curricular; 5) revisão bibliográfica sobre os temas emergentes na etapa anterior; 6) familiarização com o ambiente da clínica e construção de estratégias organizativas em conjunto com a coordenação; 7) divulgação do projeto junto aos demais profissionais e estagiários da clínica; 8) acolhimento de pessoas encaminhadas para o grupo terapêutico; 9) realização

de entrevistas iniciais com a finalidade de identificar as motivações, disponibilidade emocional para o trabalho em grupo, disponibilidade de horário e construção de vínculos; 10) convite para participação da pesquisa-intervenção e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 11) início do grupo terapêutico que se caracterizará como aberto, constituído por até doze pessoas, com até duas horas de duração; 12) realização de uma produção coletiva que provoque a desnaturalização das violências de gênero, sexualidade e raça.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se à etapa quatro que trata do levantamento e discussão dos principais conflitos e violências presentes nos casos clínicos atendidos durante o estágio curricular, para subsidiar e qualificar a pesquisa-intervenção. Foram realizadas entrevistas iniciais com oito pessoas com idade entre 18 e 30 anos. Destas, duas autodeclarados do sexo masculino e seis do sexo feminino; quatro autodeclarados(as) negros(as) e quatro brancos(as).

Todas as pessoas referiram terem procurado esse espaço terapêutico pela possibilidade de serem escutados(as) sobre questões que os(as) invisibilizam no cotidiano de suas relações interpessoais e sociais. Aqueles(as) cujo sofrimento psíquico estava transversalizado pela homofobia ou transfobia faziam referencia a conflitos e discriminações vivenciadas a partir do grupo familiar que questionam a orientação sexual do filho(a). Quanto à discriminação racial, todos(as) os(as) participantes relataram muita dificuldade de se inserirem na comunidade acadêmica, ocupando os espaços que lhes são de direito do mesmo modo que os(as) não negros. O racismo é sentido por eles diariamente, dentro e fora da universidade, em diversos contextos sociais, inclusive em psicoterapia. Cabe salientar que essas violências não se separam e as opressões acontecem na interseccionalidade, onde pessoas negras e homossexuais, por exemplo, relataram que não conseguem nomear se a discriminação vivenciada está relacionada com sua orientação sexual ou com sua cor de pele. Por esse motivo enfatizamos a importância de uma escuta terapêutica a partir da interseccionalidade de gênero, sexualidade e raça.

Diante dos relatos particulares escutados, fica-nos evidente a colonialidade do poder, do ser e do gênero na produção de subjetividades subalternas que mantém viva nas relações sociais a hierarquização da diversidade humana e a produção da não existência.

4. CONCLUSÕES

As violências relatadas pelos participantes, até o momento, denunciam as assimetrias e iniquidades de gênero, sexualidade e étnico-raciais que são constitutivas de uma história edificada pela hierárquica relação de poder, de saber e de ser produzidas pela dominação colonial, reforçadora do padrão eurocêntrico/cristão/masculino/heterossexual. Uma problemática que irá fazer emergir no campo grupal a necessidade de se construir estratégias e movimentos de resistir, (re)existir e (re)viver a partir de um outro lugar de fala e de escuta.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FANON, F. **Os condenados da terra**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005.
- LEYVA, X.; SPEED, S. Hacia la investigación descolonizada: nuestra experiencia de co-labor. In: LEYVA, X.; BURGUETE, A.; SPEED, S. (Orgs.), **Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de colabor**. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2008. p.34-59.
- LUGONES, M. Heterosexuality and the Colonial/Modern Gender System. **Hypatia**, v.22, n.1, p.186–209, 2007.
- LUGONES, M. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa** [en línea], Bogotá-Colombia, n.9, p.73-101, jul.-dez. 2008.
- MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: CASTRO-GÓMEZ, S. et al (Orgs.), **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007. Cap. 6, p. 127-168.
- QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (Org.), **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2000. Cap. 9, p.122-151.

**O PODER NA PRODUÇÃO DE GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE:
TRASFRONTEIRIZAÇÃO BRASIL E URUGUAI**

MARCOS AURÉLIO MATOS LEMÕES¹; CELMIRA LANGE² JANAINA
AMORIM DE AVILA³, DANIELE LUERSEN⁴, ANDRESSA HOFFMANN
PINTO⁵, DENISE PRZYLYNSKI CASTRO⁶

¹Universidade Federal de Pelotas- UFPel. Bolsista PNPd CAPES – enf.lemoes@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas- UFPel- celmira_lange@terra.com.br, ³ Universidade Federal de Pelotas- UFPel-janainaamorim23@hotmail.com, ⁴ Universidade Federal de Pelotas- UFPel-dani_luersen@hotmail.com, ⁵ Universidade Federal de Pelotas- UFPel-dessa_h_p@hotmail.com, ⁶ Universidade Federal de Pelotas- UFPel-deprizi@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Os fluxos sociais, e os movimentos migratórios populacionais na atualidade, instituem a construção de novas regiões de características transfronteiriças, também considerados processos entendidos como diferenciações territoriais associados a relações interestatais, à travessia de fronteiras e a micro regionalismos envolvendo atores e poderes de dois ou mais Estados.

Para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação da gestão de saúde destes municípios de dinâmica transfronteiriça faz-se necessários uma gama de conhecimentos como legislações nacionais e internacionais, e acordos binacionais, financiamento no Sistema único de Saúde, legislação de proteção social que constitui poder para que gestores possam se debruçar sobre esta realidade que difere da relação intermunicipal federativa nacional, e envolve neste contexto o local e o internacional na arena de deliberação da assistência à saúde a esta população flutuante.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que pesquisou seis gestores municipais de cidades do Brasil e do Uruguai. Utilizou-se entrevista semi-estruturada e a análise dos dados de conteúdo proposta por Bardin. Este estudo teve aprovação Comitê de Ética e Pesquisa da faculdade de enfermagem, sob o número: 1.757.934. Para garantir o anonimato dos participantes os nomes foram trocados pela sigla de gestor municipal (GM) seguido de um número.

O referencial teórico utilizado para análise foi do planejamento estratégico de onde resgata-se dois conceitos centrais: Poder e Ator Social conforme descrito por Mário Testa. O poder político destaca a capacidade de desenvolver uma mobilização, por meio de uma visão da realidade. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças, portanto, tem a capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto.

Na reflexão sobre a tomada de decisão como estratégias de ação em saúde, adota-se como base o Postulado de Coerência, ao qual apresenta que

a viabilidade de qualquer proposta irá depender das relações que podem se estabelecer em um determinado projeto de saúde e deve haver coerência de três elementos fundamentais: Os propósitos do Governo, os métodos de Planejamento e a organização.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A falta de reconhecimento dos sistemas nacionais de saúde da interdependência e da necessidade de produção de saúde neste espaço binacional é um desafio posto a gestão municipal que a décadas trabalha com esta realidade de fluxos intensos de usuários brasileiros e uruguaios entre os dois países como pode-se observar nas falas a seguir:

“Acho que nós que somos governantes no Brasil, nós temos que ter muito bem dimensionada as características peculiares do município que nos dirigimos para que muitas vezes nos possamos discutir a nível central, em Brasília, essas nossas realidades, que muitas vezes são muito distintas da média nacional” (GM1).

“Então existe uma dificuldade muito grande para que isso que a gente vive na pratica possa de fato normatizado, essa é a grande dificuldade. Então precisaria ter uma ação, ou uma gerencia vamos dizer, dos municípios para que a gente pudesse normatizar isso, o que acontece na maioria das vezes é informal e muito da vontade do gestor” (GM4).

“Esta questão da saúde principalmente, vem sendo tratada a um tempo, através, justamente, da agenda positiva Uruguai e Brasil, que vem sendo trabalhada a muito tempo com os locais, que vivenciam as suas necessidades, do dia a dia, através das esferas representativa, como a secretaria de saúde, a direção departamental de saúde. Mas não são as instituições que atuam por uma formalidade, são as pessoas que fazem isso possível”(GM5).

4. CONCLUSÕES

Neste sentido, a assistência que parte dos atores sociais gestores municipais citam ofertar a estrangeiros é caracterizada pelo poder político condicionado a forma de noção, ou determinada visão de realidade, gerado com experiência concreta do cotidiano. Para tanto, percebe-se uma visão de mundo destes gestores, que define a organização dos serviços condicionada a história, a cultura, aos propósitos do governo local supra do priorizado pelos demais níveis de gestão da saúde, portanto este poder do ator social advém a ser discricionário.

A afinidade política dos governos do Brasil e Uruguai na última década defendeu de algum modo a definição do direito universal à saúde e reconheceu o valor intrínseco e a igualdade de cada ser humano para assegurar o seu acesso aos serviços de saúde, sem discriminação o que incide nos tratados firmados para legalizar os fluxos de cidadãos fronteiriços. Em termos práticos, ela é guiada por necessidades de saúde e faz parte da construção da cidadania social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOGUEIRA, V. M. R; Da Silva, M. G. Direitos, fronteiras e desigualdades em saúde. **Em Pauta**, n. 24, p. 83-99, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; SIMIONATTO, I. Fronteira MERCOSUL: processos de inclusão/exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. In: **A questão social no novo milênio**. 2004. p. 335.

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

TESTA, M. Planificación Estratégica en el Sector Salud. Caracas. CENDES/UCV. 1981. Mimeo.

MATUS, C., 1982. **Política y plan**. Caracas: iveplan.

TESTA, M. **Pensar en Salud**. Buenos Aires, 1983-6. Mimeo. Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación, Estrategia y Programación. Buenos Aires, 1986. Mimeo.

TESTA, M. Estrategia, Coherencia y Poder en las Propuestas de Salud — Parte I. **Cuadernos Médico Sociales**. Rosario (38)4: 24, 1987.

15. MITANO, F. VENTURA, C. A. A., LIMA, M. C. R. A. A., BALEGAMIRE, J. B. PALHA, P. F. Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016.

BDSM, SEXUALIDADE E PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

TATIANE BORCHARDT DA COSTA¹, MIRIAM CRISTIANE ALVES²

¹Universidade Federal de Pelotas – thatty899@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – oba.olorioba@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

BDSM se configura em uma sigla que representa várias práticas e expressões eróticas: Bondage e Disciplina (B/D), Dominação e submissão (D/s) e Sadismo e Masoquismo (S/M) (ARRAES, 2014). Entretanto, o termo também é visto como um conceito guarda-chuva, haja vista que a comunidade que se constituiu em torno do tema também inclui pessoas que possuem uma identidade ou orientação sexual alternativa e/ou com práticas afetivas e técnicas sexuais diversificadas. Sendo assim, pode-se incluir nesta nomenclatura uma multiplicidade de modos de vivenciar a sexualidade e a afetividade numa perspectiva não-normativas, ou seja, que rompem com a norma social estabelecida de sexualidade (TNG PORTUGAL, 2013).

Dalgalarrondo (2008) ao discutir a sexualidade refere que ela compreende três dimensões: a dimensão biológica; a dimensão psicológica; e a dimensão sociocultural. No BDSM, também existe este entrelaçamento entre estas dimensões. Ao compreendermos o BDSM como um fenômeno cultural no contexto da sexualidade, torna-se imprescindível a produção de pesquisas sobre o tema e sua interface com a saúde.

O presente estudo objetiva analisar de que modo o tema das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) é apresentado em produções sobre o BDSM; e compreender como um grupo de praticantes e pessoas interessadas no BDSM aborda a sua interface com o HIV/AIDS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que analisou cinco produções (quatro livros e um artigo) que possuem como temática central o BDSM ou que de alguma forma se relacionam com o assunto: *The New Bottoming Book*, de Janet W. Hardy e Dossie Easton (2001); *Screw The Roses, Send Me The Thorns*, de Phillip Miller e Molly Devon (1995); *Erotic Bondage Handbook*, de Jay Wiseman (2000); 120 Dias de Sodoma de Marquês de Sade (1785); e o artigo "Praticamos SM, repudiamos agressão: classificações, redes e organização comunitária em torno do BDSM no contexto brasileiro" de Regina Facchini e Sarah Rossetti Machado (2013).

Posteriormente, dialogamos via rede online de comunicação com integrantes de um grupo de *WhatsApp* intitulado "BDSM, O Início" sobre a interface BDSM e DST's. Participaram desse diálogo 04 pessoas que se identificaram como mulheres, na faixa etária de 19 a 29 anos. As questões abordadas no diálogo foram referentes à necessidade ou não de sexo convencional na prática BDSM; proteção às DST's, em caso positivo de que modo; conhecimento sobre PEP (Profilaxia Pós-Exposição) na prevenção ao

HIV/AIDS; preocupação com as DST's no meio BDSM; e vulnerabilidade por fazer parte desta população.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos livros analisados, um caracteriza-se como um conto erótico (120 Dias de Sodoma), enquanto que os outros três compreendem textos introdutórios e didáticos sobre o BDSM, seu contexto ou práticas específicas. Na primeira obra, muitas vezes caracterizada de caráter polêmico, não identificamos em sua narrativa grandes preocupações e cuidados quanto às DST's, do mesmo modo, não há preocupação com a higiene ou com o uso de algum tipo de contraceptivo de barreira, voltado também para a prevenção às DST's. Nas outras três obras, já é possível observar níveis diferentes de instrução à prevenção de DST's. O HIV/AIDS é citado na perspectiva de orientar os leitores quanto a sua prevenção nos livros *Screw The Roses, Send Me The Thorns* (1995) e *The New Bottoming Book* (2001). No *Erotic Bondage Handbook* (2000) Wiseman recomenda aos leitores e a população em geral à vacinação contra as Hepatites A e B.

O artigo brasileiro analisado faz um panorama do meio BDSM no Brasil. Neste, as autoras citam o HIV/AIDS no contexto de seu surgimento como “peste gay”, em meados dos anos 90.

Já as narrativas das participantes do grupo sugerem a ausência de consenso quanto à necessidade de sexo convencional – com penetração ou troca de secreções nas práticas que realizam; o uso de métodos preventivos às DST's varia entre o uso habitual e a não utilização; quanto a PEP, metade das participantes afirma desconhecer; em relação à preocupação sobre o assunto no meio, as opiniões variam entre existente e não existente; quanto ao fator vulnerabilidade às DST's, uma participante afirmou não se sentir vulnerável enquanto que as outras três acreditam estar submetidas a determinado grau de vulnerabilidade, porém, nem sempre de forma específica às DST's.

4. CONCLUSÕES

A discussão sobre o BDSM no contexto acadêmico ainda é incipiente, especialmente no Brasil. No que tange as produções existentes e a abordagem sobre prevenção em saúde, identificamos uma escassez de informações, porém, quando presente, parte de uma concepção de saúde baseada na ausência de doença. As produções que apresentam um conteúdo mais complexo não estão disponíveis em português, dificultando o acesso ao público brasileiro. As narrativas produzidas via *WhatsApp* sugerem alguma preocupação com a prevenção à DST's, porém, não há consenso quanto à vulnerabilidade.

O BDSM, enquanto prática cultural relacionada à expressão da sexualidade faz-se um tema de estudo amplo e diversificado, com potencialidade para fomentar debates complexos e futuras investigações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAES, J. **Você sabe o que é BDSM?- Parte 1.** 2014 Acessado em: 11 mar. de 2017. Online. Disponível em: <http://lugardemulher.com.br/voce-sabe-o-que-e-bdsm-parte-1/>

ARRAES, J. **Você sabe o que é BDSM?- Parte 2.** 2014 Acessado em: 11 mar. de 2017 Online. Disponível em: <http://lugardemulher.com.br/voce-sabe-o-que-e-bdsm-parte-2/>

DALGALARRONDO, P. Síndromes relacionadas à sexualidade In: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** Porto Alegre: Artmed, 2008. 34, p.352-367.

FACCHINI, R.; MACHADO, S.; “Praticamos SM, repudiamos agressão”: classificações, redes e organização comunitária em torno do BDSM no contexto brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, n. 14, p. 195-228, 2013.

HARDY, J.W.; EASTON, D. **The New Bottoming Book**. USA: Greenery Press, 2000.

MILLER, P.; DEVON, M. **Screw the Roses, Send Me the Thorns**. USA: Mystic Rose Book, 1995.

SADE, M. **120 Dias De Sodoma**. 3º Ed., São Paulo: Editora Aquarius, 1785.

TNG Portugal. **Guia Prático para recém-chegados ao BDSM**. 2013. Acessado em: 11 mar. de 2017 Online. Disponível em: <https://tngportugal.wordpress.com/>

WISEMAN, J. **Erotic Bondage Handbook**. USA: Greenery Press, 2000.

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

SUSANA CECAGNO¹; RAFAELA BERNEIRA MARINS²; MARILU
CORREA SOARES³; KAMILA GONÇALVES⁴; KATIA DA SILVA ROCHA⁵; ANA
PAULA DE LIMA ESCOBAL⁶

¹ Universidade Federal de Pelotas – cecagno@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – rafaelaepscial@hotmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – enfermeiramarilu@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – kamila_goncalves_@hotmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas – katiadasilvarocha@hotmail.com

⁶ Universidade Federal de Pelotas - anapaulaescobal@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas que garantem o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio de dor no processo de parturição (GALLO et al., 2011).

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados para o desenvolvimento da prática da enfermagem obstétrica (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Este estudo objetiva apresentar as medidas não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor no processo de parturição em um hospital de ensino no município de Pelotas/RS.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva.

O cenário da pesquisa foi a Unidade Materno-Infantil de um hospital de ensino do município de Pelotas/RS. Participaram dez puérperas pós-parto vaginal, que pariram no período de maio a junho de 2017. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais e semiestruturadas, e foram gravadas.

A análise e interpretação dos dados foram fundamentadas na Proposta Operativa de Minayo (2010).

Este estudo respeitou a Resolução 466/12, e o Código de Ética de Enfermagem. Foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina/UFPel - CAAE 68367917.0.0000.5317.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo pertenciam a faixa etária entre 18 e 36 anos, tinham nível de escolaridade entre ensino fundamental incompleto e médio completo. A renda familiar variou entre um a três salários mínimos.

Os temas resultantes da análise e discussão dos dados foram: Vivenciando o parto vaginal; Conhecimento das puérperas a respeito dos métodos que aliviam a dor no processo de parturição; Eficácia dos métodos para alívio da dor na ótica das participantes.

Na primeira categoria observou-se que a vivência do processo de parturição tem se tornado mais humano e menos traumático, fazendo com que os profissionais repensem o agir, e a parturiente se sinta acolhida e vivencie este processo com menos traumas. Grande diferencial nas salas de parto são as enfermeiras obstétricas, que trazem em sua formação um modelo humanizado do parto, e possibilitam que os nascimentos sejam momentos ímpares na vida das mulheres.

Com relação à dor, foi unânime entre as participantes o sentimento de que a dor do parto é considerada uma das piores dores existentes. Neste momento, a enfermagem assume papel importante para a mulher durante o trabalho e parto, remodelando esse momento com ações que ajudam as mulheres a entenderem e participarem de forma mais ativa o seu processo de parir.

A segunda categoria retrata o conhecimento das puérperas a respeito dos métodos que aliviam a dor no processo de parturição. A maioria das entrevistadas já tinha ciência de pelo menos um dos métodos mais usados que reduziram a dor durante o trabalho de parto. Medidas para aumentar o conforto e reduzir a apreensão durante todas as fases do trabalho de parto devem ter seu início durante a gestação, por meio da educação e aconselhamento durante o pré-natal, para que as mulheres sejam capazes de fazer escolhas (HENRIQUE et al., 2016).

Já na terceira categoria foi abordada a eficácia dos métodos para alívio da dor na ótica das participantes. Manifestaram que se sentiram muito mais satisfeitas e confortáveis com o uso dos métodos disponíveis: massagem na região lombo-sacra, banho de chuveiro. É essencial a utilização de cuidados não farmacológicos no alívio da dor, por serem seguros e acarretarem menos intervenções (SOUZA et al., 2015).

4. CONCLUSÕES

O uso dos métodos não farmacológicos proporciona alívio imediato da dor durante o trabalho de parto e parto, dando maior conforto e satisfação às parturientes. Esses métodos auxiliam a mulher a relaxar, aliviam a dor, trazendo consigo um sentimento de acolhimento tanto da equipe quanto da família tornando o processo singular e mais sereno.

Ao proceder a análise dos dados evidenciou-se que as puérperas apesar de terem recebido orientações nas consultas de pré-natal em relação ao parto, ainda apresentavam deficiência no entendimento de questões relativas aos tipos de métodos e como seria melhor proceder no momento do parto.

Acredita-se ser relevante a realização de estudos sobre a importância de uma equipe multiprofissional e dos enfermeiros obstetras na assistência pré-natal e processo de parturição, para que a realidade da prática cotidiana possa ser melhorada no sentido de proporcionar qualidade no cuidado oferecido.

Assim, almeja-se que a realização deste estudo contribua para que os profissionais de saúde possam refletir, repensar e planejar suas ações, levando

em consideração as necessidades das mulheres assistidas contemplando a singularidade e particularidade de cada uma delas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa em seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311 de 18 de janeiro de 2007**.

GALLO, R.B.S.; SANTANA, L.S.; MARCOLIN, A.C.; FERREIRA, C.H.J.; DUARTE, G.; QUINTANA, S.M. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, n. 1, p. 41-48, 2011.

GAYESKI, M.E.; BERGMANN, O.M.B. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 774, 2010.

HENRIQUE, A.J.; GABRIELLONI, M.C.; CAVALCANTI, A.C.V.; MELO, P.S.; BARBIERI, M. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 686-692, 2016.

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

SOUSA, A.M.M.; SOUZA, K.V.; REZENDE, E.M.; MARTINS, E.F.; CAMPOS, D.; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

IDOSOS DESCENDENTES DE UCRANIANOS E A CULTURA DE CUIDADO À SAÚDE E DOENÇA

MARIA HELENA LENARDT¹; FÁTIMA DENISE PADILHA BARAN²; DAYANA CRISTINA MORAES³; LARISSA SAYURI SETOGUCHI⁴; BRUNO HENRIQUE DE MELO⁵.

¹ Universidade Federal do Paraná- curitiba.helena@gmail.com

² Universidade Federal do Paraná- fatima_enfermagem@yahoo.com.br

³ Universidade Federal do Paraná- dayanac.moraes@hotmail.com

⁴ Universidade Federal do Paraná- larissasetoguchi@gmail.com

⁵ Universidade Federal do Paraná- bruno_hmello@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

A cultura de cuidados à saúde das pessoas leigas é construída mediante o pertencimento delas em determinada cultura, os significados e padrões de cuidado perpassam gerações (MICHEL, et al., 2015). A cultura indica “um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida” (GEERTZ, 1989, p.66). A compreensão dos hábitos dos idosos a respeito do seu cuidado com a saúde e doença fornece subsídios para a construção do conhecimento, na área de atuação dos profissionais de saúde e particularmente da enfermagem (RISSARDO, et al., 2014). O conhecimento das especificidades do cuidado cultural permite implementar ações direcionada às reais necessidades dos idosos e maiores chances de atingir a eficácia no cuidado à saúde. No Brasil é possível encontrar idosos de diversas etnias (FALLER, et al., 2014), no ano de 1981 os primeiros ucranianos vieram ao Brasil (GUÉRIOS, 2012), e hoje, a população deste grupo étnico atinge cerca de 400 mil pessoas das quais 90% residem no estado do Paraná. Constata-se um expressivo déficit de estudos sobre a cultura de cuidados à saúde e doença de idosos de origem ou descendentes de ucranianos, o que instigou a necessidade da realização de pesquisas direcionadas a esta temática. Este estudo é projeto de tese de doutorado, que tem como objetivo interpretar o significado que os idosos descendentes de ucranianos atribuem às práticas de cuidado à saúde e doença.

2. METODOLOGIA

Estudo qualitativo etnográfico, alicerçado no referencial metodológico de Spradley e McCurdy (1972, 1979) e Spradley (1980). O cenário do estudo é a comunidade Marcelino, onde residem descendentes de ucranianos, localizada na cidade de São José dos Pinhais, região metropolitana de Curitiba, Paraná. A coleta das informações iniciou em agosto de 2017 e finalizará em agosto de 2019. Os informantes chave do estudo são os idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS), e os informantes gerais são os familiares dos idosos e

profissionais de saúde que atuam na UBS. Critérios de inclusão dos idosos: possuir idade ≥ 60 anos; b) estar cadastrado na UBS, e os critérios de exclusão: estar cognitivamente incapaz de realizar a entrevista e de manter um diálogo, para tanto será aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O trabalho de campo etnográfico compreende quatro etapas. Na primeira adquire-se ferramentas conceituais, ou seja, entende-se o conceito de cultura e aprende-se sobre os métodos de trabalho de campo. A segunda etapa corresponde à entrada no campo, composta pela seleção da cena cultural e do contato com os informantes. Na terceira efetua-se o trabalho de campo com a coleta e os registros das informações e observações e na quarta analisam-se as informações/observações e procede-se a descrição cultural. Para a coleta das informações empregam-se as técnicas de observação participante (grau de envolvimento alto e participação ativa) e entrevista etnográfica. As análises das informações/observações ocorrerão concomitante à coleta, mediante a análise de domínios, taxonômica, componencial e temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº: 2.169.448.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa observa-se e coletam-se informações na Unidade Básica de Saúde (UBS). Este cenário conta com uma equipe de saúde composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, dois dentistas, uma auxiliar de higiene dental, uma psicóloga e uma nutricionista. A enfermeira, auxiliar de enfermagem e de higiene dental, e o médico, disponibilizam o acesso às informações e colaboram para a aproximação com os informantes do estudo (idosos e familiares). A observação participante (OP) e coleta das informações são realizadas em tempo integral na UBS, com o intuito de estabelecer relação harmoniosa com os usuários idosos e facilitar o entrosamento. As observações iniciais são descritivas e estão sendo registradas em diário de campo. Com o avanço do trabalho de campo as observações se estreitam e passam a ser focadas, e seletivas, porém as observações descritivas continuarão a ser realizadas até o final do trabalho de campo.

4. CONCLUSÕES

Espera-se que o presente estudo etnográfico mostre aspectos do cuidado cultural à saúde e doença dos descendentes de ucranianos da comunidade Marcelino. Estes aspectos fornecem subsídios para o cuidado gerontológico mais apropriado, uma vez que é sustentado na cultura deles, de pertencimento do grupo étnico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FALLER, J.W.; MARCON, S.S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. **Esc Anna Nery**. v.17, n.3, p.512 – 519. 2013.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GUÉRIOS, P.R. **A imigração ucraniana ao Paraná: memória, identidade e religião**. Curitiba: Ed. UFPR, 2012.

MICHEL, T.; LENARDT, M.H.; WILLING, T.; ALVAREZ, A. Do real ao ideal: o descuidar da saúde dos idosos longevos. **Rev. Bras. Enferm.** vol.68 Brasília Maio/junho 2015.

RISSARDO, L.K.; ALVIM, N.A.T.; MARCON, S.S.; CARREIRA, L. Práticas de cuidado ao idoso indígena- atuação dos profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm**. São Paulo, v.67, n.6, p.920-927. 2014.

SPRADLEY, J. P.; MCCURDY, D. W. **The cultural experience** – ethnography in complex society. Chicago: Science Research Associates Inc., 1972.

_____. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Winston, 1980. TRAD, L.

A VIVÊNCIA DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM RELAÇÃO A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

PAOLA DE OLIVEIRA CAMARGO¹; MICHELE MANDAGARÁ DE OLIVEIRA²;
LIENI FREDO HERREIRA³; ANDREZA ERDMANN FURTADO

¹Universidade Federal de Pelotas – paolacamargo01@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – lienisherreiraa@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – deza_ef@hotmail.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

É importante aprofundar os estudos sobre a relação e vivência das mulheres usuárias de drogas no seu contexto social, principalmente dando atenção para todas as faces desse fenômeno, visando todos os aspectos, tanto psicológico, cultural, fisiológicos e sociais. Deve-se pensar além dos estudos publicados até o momento, que tem como enfoque muito mais os prejuízos que a substância pode causar a mulher e ao feto e pouco enxergam a dimensão subjetiva que circunda a relação entre mulheres e o uso abusivo de drogas (ABRUZZI, 2011).

Partindo desta perspectiva de que há poucos estudos que defendem que não apenas o uso da substância pode ser o único responsável por interferir na relação mãe e filho, mas também os fatores externos como a pobreza, o contexto cultural, a estrutura familiar e a comunidade em que a família está inserida, podem ser tão importantes nessa relação quanto o consumo, necessita-se uma melhor compreensão do tema e de como ocorre a vivência da mulher usuária de drogas com os seus filhos e qual a sua visão sobre esse processo.

Pensando na experiência da maternidade, também é fácil se deparar com muitas diferenças sociais e culturais. Cada mulher tem a sua própria experiência em relação a esse momento. A partir disto é possível compreender que assim como a cultura, a maternidade também é única e não deve ser generalizada. O ser mãe é uma construção pessoal e cultural da mulher e que pode ter diferentes significados, também sendo vivenciado em diferentes épocas da vida, sendo o processo de maternidade uma experiência que vai muito além do que apenas gerar um filho, mas sim criar, educar e estar presente (LOBO, 2010).

Seguindo na linha de pensamento desta investigação, teve-se como objetivo conhecer a visão que a mulher usuária de crack tem sobre a experiência da maternidade e como ela vivencia isso junto com os seus filhos e caracterizar o contexto de vida da família e qual a influência nesta vivência.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho é fruto da dissertação de mestrado intitulada “A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade: vivência entre mãe e filho”, realizada juntamente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir de um referencial antropológico e através da observação participante, da construção de diário de campo e de entrevistas semiestruturadas com cinco famílias onde houvesse mulheres que fizeram uso de crack na gestação. Embora a pesquisadora já tivesse vínculo com as famílias há três anos em razão do acompanhamento por meio de um projeto de extensão, os dados para a pesquisa foram coletados durante os meses de maio e agosto de 2014 nas residências, no território e no contexto social das participantes e foram analisados a partir da Teoria Interpretativa de Clifford Geertz.

Para Geertz (2008) ao fazer etnografia necessita-se de uma descrição densa do que é observado. O trabalho de campo deve ser exaustivo e quase obsessivo, de forma participante, de maneira a não apenas pensar sobre o objeto de estudo, mas agir e pensar com ele, compreender seus signos e significados, se fazer presente.

Todos os princípios éticos considerados para a elaboração da pesquisa foram ao encontro da Resolução nº 466/2012 do conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem, pelo parecer 643.166.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontrou-se durante as interpretações dos depoimentos e dos diários de campo que alguns fatores poderiam influenciar na relação entre mãe e filho e na experiência da maternidade para essas mulheres. Observou-se ao longo do trabalho que o uso de drogas não foi o único fator que poderia exercer influência na experiência da maternidade e na relação destas mulheres com os seus filhos, pois o histórico familiar, a presença do companheiro, o planejamento desta gestação, o contexto social e cultural e as redes de apoio contribuíram, fosse de forma negativa ou positiva, também nesse processo.

A vivência entre mãe e filho, observada durante a coleta de dados, foi norteadada por momentos de carinho e afeto em todas as famílias, para todas as mães a relação com os seus filhos foi permeada de vínculos, não sendo diferente do que qualquer experiência entre mães e filhos. A figura do companheiro, assim como a figura da própria mãe da mulher, são peças importantes ao tentarmos compreender a maternidade e como ela ocorre, pois a presença ou ausência do pai da criança e o apoio ou não da avó materna apareceram como fator norteador do processo.

4. CONCLUSÕES

Ao longo deste trabalho foi possível concluir que a gestação, a experiência da maternidade, a relação familiar e entre mães usuárias e os seus filhos, é de certa forma, vivenciada assim como em qualquer outra mulher que não faça uso de drogas, pois anseios, medo, insegurança e angústias são sentimentos vividos pela população em geral e não específicos de mulheres na condição de uso. A diferença é que para essas mulheres, além desses sentimentos ambivalentes e comuns a natureza feminina, elas ainda muitas vezes precisam enfrentar o preconceito e o estigma da sociedade, que a julgam incapazes de cuidar de seus filhos, as deixando ainda mais vulnerável

do que a própria condição de usuária de drogas já impõe em suas vidas. O fato é que devemos olhar menos para a substância e mais para a pessoa, pois a droga no contexto de vida destas participantes é apenas um ponto entre tantos que permeiam as suas relações, não devendo ela se sobressair sobre as vivências de vida dos usuários.

Precisamos é de mais compreensão, perceber que a vida dessas mulheres vai além da substância, elas tem uma vida e um contexto social, familiar e cultural que ultrapassa o fato de serem usuárias de drogas, todas tem a sua história para contar, seus anseios como mãe, uma trajetória de vida e merecem ter o seu espaço dentro da sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUZZI, J.C. **A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral.** 41f. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) Escola de Enfermagem– Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 224 p.

LOBO, A.S. Um filho para duas mães? Notas sobre a maternidade em Cabo Verde. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 53, nº1, p. 117-145, 2010.

O CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

BRUNA ALVES DOS SANTOS¹; VIVIANE MARTEN MILBRATH²; VERA LUCIA FREITAG³; MANOELLA SOUZA DA SILVA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – brunabads@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas– vivianemarten@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul– verafreitag@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas– manoellasouza@msn.com

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança gera na família uma série de mudanças, e traz consigo uma demanda na construção de projetos em relação ao futuro. No momento em que a criança é diagnosticada com paralisia cerebral, há uma mudança nestes projetos e a família precisa se adaptar para compreender o que significa paralisia cerebral e quais mudanças ocorre em sua vida, a partir deste momento.

Essa criança desafia a família a recorrer a adaptações extrafamiliares, para além das modificações intrafamiliar, visto que a uma busca incessante para suprir as demandas de cuidado à criança (ANDRADE; VIEIRA; DUPAS, 2011; OLIVEIRA; POLETTTO, 2015).

Cada família irá lidar de uma maneira muito singular, em alguns casos a família sofre rupturas pela condição da criança, outros se aproximam, a fim de serem efetivos no cuidado (LIMA; D'AMARAL, 2011). Por isso, os profissionais da saúde necessitam ter sensibilidade para construir um projeto terapêutico que atenda às necessidades da criança e da família. Dessa maneira a família terá apoio e será empoderada para atender as demandas da criança (DANTAS et al., 2010).

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi desvelar o cuidado da família à criança com paralisia cerebral.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, pois a pesquisa qualitativa tem um olhar mais subjetivo, dessa forma consegue transmitir valores, atitudes, crenças e sentimentos que buscam descrever fenômenos que não podem ser sintetizados em números (MINAYO, 2013).

O estudo foi realizado na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de um município situado ao sul do estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

Os participantes da pesquisa foram nove mães e um pai, de crianças com necessidades especiais decorrentes da paralisia cerebral que frequentam a instituição do estudo. A coleta de informações aconteceu em abril e maio de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, realizada pela pesquisadora, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina

da Universidade Federal de Pelotas sob o Parecer nº 1.992.988, em 30/03/2017.

As entrevistas foram realizadas no local do estudo, de forma individual, em ambiente parcialmente reservado e foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Durante as entrevistas foi utilizado o gravador do celular, com a finalidade de gravar os depoimentos, que foram transcritos ao termino das entrevistas.

As informações que foram adquiridas durante essa pesquisa foram analisadas com base no método de análise temática de Minayo (2013).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paralisia cerebral provoca alterações significativas no ciclo de vida da família, uma vez que o filho necessita de cuidados com a higiene, alimentação e estimulação, o que demanda que os cuidadores estejam sempre disponíveis (MIURA; PETEAN, 2012).

Neste estudo pode-se observar que as famílias percebem que o cuidado vem agregado ao amor e à necessidade de estimulação constante das crianças. Neste sentido, autores afirmam que o estímulo ao sistema nervoso central é realizado com o objetivo de proporcionar maior autonomia à criança, visto que quanto mais precocemente realizar a estimulação neurológica, melhor será sua resposta, e, por consequência, a criança com paralisia cerebral irá se desenvolver e atingir o máximo de suas potencialidades (ROTTA, 2002; PIEROBON; GALETTI, 2008; MILBRATH et al., 2012).

Outro ponto mencionado pelos participantes em relação ao cuidar de uma criança com paralisia cerebral foi à centralização da atenção de suas vidas na criança, fazendo com que abdicuem de outros papéis desenvolvidos para dedicarem-se quase que exclusivamente ao cuidado da mesma. Acontecem muitas mudanças em suas vidas e o cuidado dispensado chega a ser às 24 horas do dia.

Essa mudança radical na vida dos pais faz com que modifiquem totalmente sua rotina e seus deveres. A dedicação exclusiva ao filho leva muitas vezes o cuidador principal, geralmente a mãe, a abrir mão de sua própria vida, assim passam a viver por seu filho abdicando da vida profissional e social em prol da criança. Após esse período, compreendem-se como vulneráveis e aceitam os cuidados especiais que a paralisia cerebral traz consigo. Dessa forma, os pais suprem as demandas de cuidados especiais, a fim de proporcionar o melhor desenvolvimento à criança (MILBRATH, 2013; MILBRATH, et al., 2016).

Foi possível perceber nas falas que com o passar do tempo o cuidado tornou-se natural para os participantes, pois afirmaram que foram acostumando-se e se adaptando a situação. O tempo fez com que vivenciassem experiências únicas que talvez não pudessem ser prognosticadas por nenhum dos profissionais da área da saúde, sendo viável somente com o convívio diário.

Então, à medida que o tempo passa, a família encontra forças para se ajustar à nova situação que irá ser vivenciada. O efeito inicial vai sendo superado e em seguida vão descobrindo a melhor maneira para lidar com a paralisia cerebral (ANDRADE; VIEIRA; DUPAS, 2011). O cotidiano faz com que essas famílias desenvolvam formas singulares de cuidado, uma vez que,

apoiados nas suas vivências e experiências, vão adquirindo conhecimento sobre a condição da criança (BALTOR; DUPAS, 2013).

Pode-se observar que o cuidado dispensado pela família, em especial pela mãe ao filho com paralisia cerebral, vai desde a conscientização da necessidade de uma estimulação precoce, fazendo com que a vida dos cuidadores modifique totalmente e se dediquem exclusivamente ao filho com necessidades especiais, e, que muitas descobertas fazem por si, sem auxílio dos profissionais, na convivência do dia a dia com o filho.

4. CONCLUSÕES

Ao buscar conhecer o processo de cuidado da família com o filho com necessidades especiais decorrentes da paralisia cerebral, foi possível vislumbrar a vivência dessas famílias que buscam estratégias de cuidado para com o filho, estimulando-o a fim de que possa adquirir autonomia. A família em especial a mãe abdica da própria vida em detrimento ao cuidado do filho com necessidades especiais, dedicando um cuidado conforme suas necessidades, e a partir das descobertas do dia a dia junto ao ser do cuidado. Neste sentido ressalta-se a importância da(o) profissional enfermeira (o) estar auxiliando esta família no sentido de empoderá-la para o cuidado do filho, servindo como rede de apoio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, M. B.; VIEIRA, S. S.; DUPAS, G. Paralisia cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 86-96, 2011.
- BALTOR, M. R. R.; DUPAS, G. Experiências de famílias de crianças com paralisia cerebral em contexto de vulnerabilidade social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 21, n.4, p.1-8, 2013.
- DANTAS, M. S. A. et al. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 229-237, 2010.
- LIMA, C. A. A; D'AMARAL, R. K. K. J. Assistência domiciliar de enfermagem à criança portadora de Paralisia Cerebral. **Revista de Enfermagem UNISA** v. 12, n. 2, p. 148-53, 2011.
- MILBRATH, V. M. **Criança/adolescente com Paralisia Cerebral: Compreensões do seu modo de ser no mundo**. 2013. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- MILBRATH, V. M. et al. Estar-com a criança/adolescente com paralisia cerebral e suas famílias. Conhecer & cuidar: a pesquisa em situações de vulnerabilidade nas etapas da infância e da adolescência. **Paco Editorial**. 1. ed. v.1, p. 93-124. Jundiaí, São Paulo: 2016.
- MILBRATH, V. M. et al. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2012.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIURA, R. T.; PETEAN, E. B. L. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 20, n. 1-2, p. 7-12, 2012.

OLIVEIRA, I. G.; POLETTO, M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.16, n. 2, p. 102-19, 2015.

PIEROBON, J. C. M.; GALETTI, F. C. Estímulos sensório-motores proporcionados ao praticante de equoterapia pelo cavalo ao passo durante a montaria. **Ensaio e ciência: Ciências Biológicas, agrárias e da Saúde**, v. 12, n. 2, 2008.

ROTTA, N. T. Paralisia cerebral: novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria**. v. 78, supl. 1, p. S48-S54, 2002.

COMPREENSÕES DE MULHERES ASSENTADAS ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE TEMÁTICA

SANDRA BEATRIS DINIZ EBLING¹; ELZA MARIA FONSECA FALKEMBACH²;
MARA REGINA SANTOS DA SILVA³

¹ UNIPAMPA – URUGUAIANA RS– sandrabebling@gmail.com

² UNIJUÍ – IJUÍ RS– elzaf@unijui.edu.br

³ FURG – RIO GRANDE RS– marare@brturbo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

As mulheres do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra se articulam, flexibilizando posições, para que consigam construir um espaço de pertencimento, em que vivenciam as suas questões subjetivas, relacionadas à condição feminina, paralelamente às questões políticas e sociais de inserção em um movimento com forte conotação de luta política, tendo a terra e a busca de subsistência nela como foco imediato. Além disso, as mulheres assentadas sofrem com as dificuldades em relação ao acesso às informações e ações de saúde. Essas estão relacionadas às desigualdades das relações de gênero, às grandes distâncias entre a residência ou o trabalho e os serviços de saúde e ainda à precariedade dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

A percepção de como acontecem as ações em saúde à mulher que vivencia o cenário do assentamento e sobre a incidência das questões de gênero sobre elas contribui para a superação do modelo tradicional de educação em saúde. Dessa maneira, este trabalho está centrado na questão da saúde da mulher assentada, sem esquecer que a educação em saúde deve destinar-se ao ser humano em sentido amplo (abarcando questões de gênero, cultura, espaço e tempo, inserção social, as distintas gerações, etc.), posto que, como postula Scott (1995, p. 75), estudos sobre mulheres são também estudos sobre os homens, pois um implica necessariamente o outro.

Frente ao contexto apresentado, objetivou-se compreender as percepções de mulheres assentadas em relação à educação em saúde, com ênfase na saúde da mulher assentada, procurando apreender questões de gênero.

2. METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, realizada em um Assentamento do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra no Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, com nove mulheres, entre 35 e 60 anos residentes do assentamento. Quanto ao número de participantes, a repetição dos dados iniciou na sétima entrevista, no entanto por segurança optou-se por realizar mais duas entrevistas. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do protocolo nº. 0110/2009. As entrevistas foram gravadas com gravador MP3 com autorização das participantes, e posteriormente foram transcritas. Para garantir o anonimato, os depoimentos foram identificados pela letra E, seguida por indicadores numéricos que sinalizam a sequência das entrevistas.

Quanto aos critérios para escolha das mulheres que iriam participar da pesquisa, partiu da constatação do interesse delas, isto é, a livre adesão, disponibilidade e motivação, frente ao tema proposto, reveladas durante conversas preliminares com a pesquisadora, que ocorreram na companhia da Agente Comunitária de Saúde. Portanto, os sujeitos em estudo são as mulheres que demonstraram interesse em compartilhar suas vivências no assentamento mediante as entrevistas.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática. Para Minayo (2014), trabalhar com esse método consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique alguma coisa para o objeto analítico em estudo. Sendo assim, a análise temática desdobra-se em três etapas, sendo a primeira Pré-análise, na qual o pesquisador escolhe os documentos a serem pesquisados. Esta etapa por consequência pode ser dividida também em algumas tarefas, a saber: Leitura flutuante, na qual o pesquisador toma contato direto e intenso com o material; constituição do corpus na qual o universo estudado em sua totalidade deve responder a normas de validade como: Exaustividade, Representatividade, Homogeneidade e Pertinência (MINAYO, 2014).

Assim, Minayo (2014), sugere alguns princípios os quais faz-se necessário na utilização de abordagens qualitativas, bem como, na análise temática, tais como: conhecer os termos estruturantes da pesquisa qualitativa; Definir o objeto condizente com abordagens qualitativas, pois a indagação inicial vai nortear o pesquisador durante todo o percurso; ter estreita relação com o marco teórico; Dirigir-se informalmente ao cenário que será realizada a coleta de dados para aproximação; Ir a campo munido de teoria e hipótese, mas aberto para questioná-las e ordenar/ organizar e impregnar-se do material.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise temática dos dados, emergiram três categorias. Destaca-se que neste momento optou-se por apresentar e discutir a categoria – **Compreensões de mulheres assentadas acerca da educação em saúde**. Os resultados a seguir apontam a necessidade de entrelaçamento de alguns elementos, durante ações educativas, como as questões de gênero e da vida cotidiana do assentamento, ou seja, as mulheres assentadas expressam o desejo de articular a prática vivida cotidianamente com a atividade educativa. Os depoimentos das mulheres evidenciam a vontade do grupo de mulheres assentadas de “debater” assuntos referentes à saúde, interligando-os com as vivências e dificuldades cotidianas do assentamento.

Quanto a isso, Daron (2009) ressalta a necessidade de se pensar a saúde a partir da dinâmica complexa da vida do sujeito. São práticas centradas na vida e no cuidado com o ser existencial e sujeitos que se apresentam e privilegiam o acolhimento, as relações de afeto, o respeito às diferenças e de responsabilidade e pertencimento, construtoras de um novo jeito de fazer saúde e, também, de cuidar da vida e do ambiente.

Ademais, as falas das mulheres assentadas constataram a necessidade de articular as questões de gênero, sendo que esse achado concorda com o estudo de Louro (2010), de que os estudos de gênero nos oferecem amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica em saúde, podendo se

somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e de seus determinantes de forma ampliada, transcendendo o foco em doenças.

4. CONCLUSÕES

As mulheres assentadas clamam por ações que as valorizem e que ao mesmo tempo possam respeitar os saberes prévios da mulher trabalhadora do campo. É fundamental contemplar as singularidades, as questões de gênero e particularidades do mundo rural e do assentamento, adotando-as como eixos orientadores para as práticas tanto educativas. É pertinente, que enfermeiros e demais profissionais dedicados ao cuidado do ser humano, o percebam como uma unidade bio-psico-social, cuja história é tecida no seio da cultura de seu tempo e de seu espaço de inserção.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LOURO, G. L. **Gênero, Sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Scott, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n. 2, jul./dez., 1995.

Daron, V. L. P. A dimensão educativa da luta por saúde no movimento de mulheres camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. **Cadernos Cedes**, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 387-399, set./dez. 2009.

ANÁLISE DO DISCURSO PSICOSSOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT

JANAINA QUINZEN WILLRICH¹; LUCIANE PRADO KANTORSKI²; ANA
PAULA MÜLLER DE ANDRADE³; MIRELA FARIAS PICKERSGILL⁴; VINICIUS
BOLDT DOS SANTOS⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – janainaqwill@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – kantorski@uol.com.br

³ – Unicentro – Universidade Estadual do Centro Oeste/PR - psicopaulla@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – mirelapick@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas - vini_boldt@yahoo.com.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Para Foucault (2003, p.267), “o objeto de análise é sempre determinado pelo tempo e pelo espaço”. Por isso, situa-se a emergência do objeto deste estudo como um efeito das transformações no sistema assistencial psiquiátrico a partir da aprovação da Lei 10.216/2001 que instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil e proporcionou a constituição do modelo de práticas em saúde mental denominado Atenção Psicossocial.

A partir do entendimento de que outras verdades e saberes acerca da manifestação da loucura estão sendo fabricadas, e que vão ao encontro de um novo paradigma e nova ética, este trabalho visa demonstrar como o discurso psicossocial está sendo abordado a partir de pesquisas que utilizam os conceitos e perspectivas teóricas de Michel Foucault.

2. METODOLOGIA

Para a realização deste estudo buscou-se mapear, inicialmente, as dissertações e teses no site da CAPES, que utilizavam o referencial teórico e/ou metodológico de Foucault em pesquisas que versavam sobre o tema ‘saúde mental’. Outro critério de delimitação refere-se à data de publicação dos estudos: foram selecionados aqueles publicados após o ano de 2001, ano da aprovação da Lei 10.216 que instituiu a Reforma Psiquiátrica.

Para tanto, inicialmente foram utilizados os descritores “Saúde Mental” e “Foucault” e apareceram 101 estudos (23 teses e 77 dissertações e um profissionalizante). A partir de uma leitura interessada foram escolhidos oito estudos (duas teses e seis dissertações) que abordam o tema da saúde mental, explorando posturas analíticas, caminhos investigativos, “ferramentas” e os diferentes conceitos adotados do pensamento de Michel Foucault.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns estudos discutem questões de procedimentos de pesquisa e modos de pesquisar em Saúde Mental a partir das contribuições de Michel Foucault.

Prandoni (2005) analisou a loucura e a complexidade na clínica do cotidiano, defendendo a tese de que a abordagem antimanicomial e sua compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio constitui uma das possibilidades para a condução à humanização da loucura. A análise desenvolvida centrou-se nos seguintes enunciados: As atividades humanas que tornam possíveis suas próprias disciplinas; Clínica do Quotidiano: um projeto; e A Reforma Psiquiátrica possível e situada.

Severo (2003) insere, em sua dissertação, a discussão sobre a maneira com que a “loucura” e “família” são produzidas arqueológica e genealogicamente no discurso antimanicomial. Para essa autora, esse discurso é constituído por quatro práticas discursivas: a psicanálise, a teoria da hereditariedade, a neurociência e a terapia sistêmica.

Angeli (2006) problematizou as práticas e saberes do Movimento Antimanicomial no Brasil, buscando as rupturas, acontecimentos e enunciados que ganham visibilidade em uma análise arqueológica e genealógica. Os enunciados trabalhados foram: gestão popular, humanização, humildade, reinserção, desinstitucionalização, a arte é o grande canal de expressão do homem, fazer da clínica um ato político, Atenção Psíquica Intensiva, lugar humano, periculosidade latente, loucos de todo gênero, inimputabilidade, autonomia e autogestão, e intersetorialidade.

Marucci (2003) realizou uma análise de discurso, teorizada por Foucault e Pêcheux, sobre as construções discursivas dos sentidos da loucura na mídia impressa, após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir do estabelecimento oficial do enunciado ‘extingam os manicômios’. Problematizou os mecanismos discursivos e de poder que propiciaram a instituição dessa lei, o deslocamento dos efeitos de sentidos sobre o louco e as ressignificações produzidas no imaginário social.

Batista (2010) discutiu a construção e implantação de um projeto de gestão da Rede de Atenção Psicossocial em Aracaju, enfocando os efeitos produzidos a partir da execução de uma política pública implicada com práticas de desinstitucionalização. Evidenciou que a governamentalidade dessa gestão ocorre a partir de práticas normativas a serviço do controle dos corpos, e também de práticas de resistência presentes tanto na esfera da gestão quanto da assistência.

Toledo (2003) problematizou a loucura na ordem do discurso de familiares de pacientes de um Hospital-Dia, identificando que estes absorveram, em seus discursos, os enunciados sobre as doenças mentais, caracterizados pela presença marcante dos enunciadores médicos e especialistas e pela desqualificação do saber dos familiares.

Silva (2012) investigou historicamente o processo de realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNSM-I), buscando problematizar os discursos e práticas que constituem o campo da saúde mental brasileira, e os embates e conflitos de interesses que se perpetuam nos serviços substitutivos.

Nicaretta (2010) buscou descrever o campo do ‘Mercado das Psicoterapias’ e mostrar as condições de sua emergência. Utilizou o método histórico da arqueologia dos saberes, de Michel Foucault, para descrever os discursos sobre práticas psicoterápicas encontrados em dois períodos distintos: a era dos impérios (1875-1920) e a era dourada (1945-1970). O autor finaliza a tese demonstrando o modo com que o ‘mercado das psicoterapias’ se

constituiu na era dourada, influenciado por questões políticas, sociais e culturais no contexto pós-Segunda Grande Guerra.

4. CONCLUSÕES

A leitura destes estudos demonstrou o quanto a reforma psiquiátrica está imersa numa rede de poder e atravessada por comportamentos, desejos e discursos, que perpassam as diversas dimensões de vida do indivíduo: individual, familiar, social, profissional (produção) e cultural. Defende-se que o discurso psicossocial está sendo produzido no interior de uma batalha, assim está disputando saberes e produzindo modos de desejar e valorar que constituem outras experiências e outras formas de ser sujeito usuário e trabalhador em saúde mental. Isto porque esse discurso está determinado pela emergência e descontinuidade da história que o situa em uma rede discursiva que movimenta os poderes e fabrica saberes e verdades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELI, D. **Uma análise arqueológica do discurso do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil**. 2006. 166f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

BATISTA, G. C. **A Gestão da Rede de Atenção Psicossocial e o Processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Município de Aracaju: Práticas Instituídas e Ensaio Instituintes**. 2010. 138f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Sergipe.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos. Ética, estratégia, poder-saber**. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 4v.

MARUCCI, F. S.. **As Construções Discursivas dos Sentidos da Loucura na Mídia Impressa Depois da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2003. 100f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal Fluminense.

NICARETTA, M. M. **A Emergência de uma nova Psicoterapia na Era de Ouro Estadunidense: Uma História Inspirada nas Arqueologias de Michel Foucault**. 2010. 388f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

PRANDONI, R. F. S. **Loucura e complexidade na clínica do cotidiano**. 2005. 290f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

SEVERO, C. G. **Um olhar foucaultiano sobre a loucura e a família: análise de práticas discursivas que constituem o discurso anti-manicomial**. 2003. 99f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, V. L. **Um estudo arqueológico da IVª Conferência Nacional de Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 2012. 135f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

TOLEDO, L. C. C. **A loucura na ordem do discurso de familiares de pacientes de um Hospital-Dia.** 2003. 148f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo.

MEMÓRIAS, HISTÓRIAS E AUTOBIOGRAFIAS COMO METODOLOGIA INVESTIGATIVA EM ENFERMAGEM

ELIANA CÁCIA DE MELO MACHADO¹; ÉDER DA SILVA SILVEIRA²

¹ *Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Educação na Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Professora do Curso de Enfermagem da UNISC.*

E-mail: elianamelo@unisc.br

² *Professor Pesquisador no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Educação e do Departamento de História e Geografia na Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.*

E-mail: eders@unisc.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Memória é um conjunto de dados objetivos e subjetivos que sustentam as representações na esfera social, não são apenas informações que constituem uma parte, são uma construção viva, pulsante e que estão em constante mudança (GONDAR; DODEBEI, 2005). Nas considerações de Josso (1999) denominações como autobiografia, biografia, relato oral, depoimento oral, história de vida, história oral de vida, história oral temática, relato oral de vida e as narrativas de formação são modalidades tipificadas da expressão polissêmica da história oral que servem para a utilização de um método científico que visa, não apenas colaborar com a ciência da educação trazendo novas dimensões e conhecimentos como, também, colocar o sujeito na posição de protagonista de sua formação e do processo de investigação sobre ela. Para Bueno (2002) as narrativas autobiográficas são amplamente empregadas em pesquisas em ciências sociais, pois contribuem para o entendimento da forma como os seres humanos experenciam o mundo. Em outras palavras, narrativas (auto)biográficas são úteis para avaliar a repercussão das experiências de vida e da formação nas práticas profissionais (SANTOS; GARMS, 2014). Nesse contexto, o conhecimento sobre as memórias na história da enfermagem torna-se imprescindíveis no processo de reflexão sobre a subjetividade do trabalho e na construção da sua identidade profissional (SANTOS ET AL, 2011).

2. METODOLOGIA

O presente trabalho aborda uma revisão integrativa de literatura em busca de produções científicas no Banco de teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que utilizam autobiografias, história de vida e memórias como metodologia de investigação científica em teses na área do conhecimento da enfermagem. Para tanto foi utilizado os seguintes as seguintes palavras no campo de busca: “autobiografia”, “memórias” e “histórias de vida”.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas no total 3380 publicações, destas doze (12) teses com o descritor “ memórias”, uma (1) com “autobiografia” e, três mil trezentos e sessenta e seta (3367) com “histórias de vida”. Percebe-se que ainda, é escasso a utilização de trabalhos que utilizam autobiografias, histórias de vida e memória como metodologia investigativa. Entretanto, ressalta-se que por meio da utilização desse tipo de método torna-se possível interligar elementos com relação entre a construção da identidade dos trabalhadores com a sua profissionalização na enfermagem e suas histórias de vida.

4. CONCLUSÕES

Assim sendo, percebe-se a necessidade de maior compreensão da relação hegemônica que há entre história da enfermagem, memórias e narrativas de experiência pessoal na (re) construção da identidade profissional na enfermagem brasileira.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BUENO, B. O. O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 11-30, June 2002.

GONDAR, J.; DODEBEI, V. **O que é memória social?**. Rio de Janeiro: Contra, 2005, p.11-26.

JOSSO, M.C. História de vida e projeto: a história de vida como projeto e as “histórias de vida” a serviço de projetos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.11-23, jul./dez. 1999.

SANTOS, H. T.; GARMS, G. M. Z. Método autobiográfico e metodologia de narrativas: contribuições, especificidades e possibilidades para pesquisa e formação pessoal/profissional de professores. CONGRESSO NACIONAL DE PROFESSORES 12. CONGRESSO ESTADUAL SOBRE FORMAÇÃO DE EDUCADORES. São Paulo: UNESP; PROGRAD, 2014. p. 4094-4106.

SANTOS, T. et al. A memória, o controle das lembranças e a pesquisa em história da enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 616-625, set. 2011.

**A PEREGRINAÇÃO DE MULHERES POR ASSISTÊNCIA À
GESTAÇÃO E AO PARTO NOS SERVIÇOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM
PORTO ALEGRE, RS.**

ALINE ALVES VELEDA¹; TATIANA ENGEL GERHARDT²

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Email: alineav@ufcspa.edu.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Email: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (X) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Muito se estuda sobre a peregrinação anteparto das mulheres atendidas pelo setor público de saúde, mas pouco se pesquisa sobre a ocorrência de uma peregrinação também de mulheres gestantes atendidas no subsetor suplementar de saúde. Esta peregrinação possui uma configuração diferente da vivenciada no setor público, estando cada vez mais relacionada as vivências no pré-natal e não no período anteparto (Veleda, 2015).

Este estudo visa identificar a peregrinação vivida por mulheres gestantes na busca por atenção à gestação, parto e nascimento, analisando os desafios e os entraves na assistência pré-natal na Saúde Suplementar de Porto Alegre, RS. Partiu-se das seguintes questões norteadoras: existe uma peregrinação de mulheres gestantes atendidas nos serviços de saúde suplementar? Se sim, como ocorre esta peregrinação? Ao reconhecer caminhos e dificuldades vividas pelas mulheres na busca pelo atendimento à gestação e ao parto, possa-se contribuir com a construção e a consolidação de práticas e políticas públicas que garantam uma assistência humanizada e em defesa dos direitos das mulheres, recém-nascidos e famílias.

2. METODOLOGIA

Estudo etnográfico, realizado no município de Porto Alegre durante os anos de 2014 a 2015. Participaram do estudo oito mulheres, com idades entre 22 e 41 anos, gestantes que realizaram seu pré-natal no subsetor de saúde suplementar. O cenário de estudo foi o contexto de vida das mulheres. A coleta de dados ocorreu por meio do método etnográfico (Geertz, 2008). Foram utilizadas como instrumentos de pesquisa a observação participante, a entrevista e o uso do diário de campo.

Os dados foram gerados durante os encontros em diversos contextos: visitas domiciliares, consultas médicas, realização de exames, passeios em shoppings, chás de fraldas, mensagens telefônicas e redes sociais. Nos encontros presenciais utilizou-se o gravador de voz para registro das falas. Além disso, utilizou-se os registros dos diários de campo. A análise se deu a partir do referencial teórico da Teoria Interpretativa da Cultura de Clifford Geertz (2008). Respeitou-se a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), sendo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa e obtendo aprovação em abril de 2014 por meio do parecer CEP nº522742.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se a existência de uma peregrinação das mulheres na saúde suplementar porto-alegrense, a qual configurou-se não no período anteparto, mas durante a gestação no momento em que a mulher procura profissionais de atendimento pré-natal nos planos de saúde.

As mulheres acompanhadas recorreram a no mínimo dois profissionais diferentes até encontrarem os obstetras ou, se isso não era possível, até elas se conformarem com os profissionais que seus planos de saúde ofereciam. Muitas vezes não havia escolha possível, vários profissionais haviam ou desistido da obstetrícia ou faziam “*obstetrícia do seu modo*”, seguindo as “*suas rotinas*”, as quais estavam mais relacionadas a conveniências pessoais do que a características gestacionais ou ao desejo das mulheres.

A principal dificuldade encontrada nestas peregrinações foi encontrar, no plano de saúde conveniado, um obstetra que se dedicasse a obstetrícia. Por mais que a frase soe estranha ou contraditória, essa foi a realidade evidenciada, sendo difícil encontrar profissionais médicos, especialistas em ginecologia e obstetrícia e que não exercessem apenas ginecologia. A partir de então a peregrinação continuava, as mulheres iam de consultório em consultório testando os profissionais, ouvindo o que eles tinham a dizer e tirando suas conclusões. Aquelas que possuíam mais de um profissional obstetra cadastrado em seu plano marcavam consultas com os médicos indicados pelas suas redes sociais e aí as diferenças se acentuavam entre quem “*faz obstetrícia ou quem faz cirurgia*”.

Apesar das mulheres desejarem participar do seu parto e de verbalizarem suas necessidades, escolhas e preferências, elas não encontraram ambientes e condições favoráveis para que seus desejos fossem viabilizados. Para algumas mulheres a peregrinação finalizou quando encontraram o que desejavam no final do caminho, para outras não houve possibilidade nem de peregrinar atrás de suas escolhas, pois os planos de saúde não lhes ofereciam nem esta oportunidade.

4. CONCLUSÕES

Concluimos na existência de uma intensa e ainda invisível peregrinação de mulheres gestantes nos serviços conveniados de saúde de Porto Alegre em busca de cuidados durante a gestação, o parto e o nascimento. Entendemos que peregrinar para encontrar um obstetra que ‘seja obstetra’ é cruel, é diminuir as possibilidades das mulheres de escolherem os seus caminhos.

Peregrinar em busca de profissionais comprometidos com o nascimento nada mais é do que encontrar alguém que respeite as suas escolhas e não delimitem os seus caminhos. É tentar fugir dos procedimentos desnecessários, das intervenções de rotina que assustam, dos cortes do períneo indiscriminados, das cesarianas sem indicação clínica e da separação do recém-nascido no pós-parto imediato. É deslocar-se, movimentando-se por itinerários que fogem da captura e medicalização dos corpos, em busca do parto que desejam, reafirmando a possibilidade de parir a partir da construção da autonomia feminina (Medeiros, 2014).

“*Encontrar um obstetra que faça obstetrícia*” causa um estranhamento enorme, levando a reflexões sobre a escolha feita por estes profissionais e sobre a ética médica envolvida nestes casos. Assim, este trabalho inova na medida em que traz ao cenário da saúde suplementar uma realidade até então

relacionada apenas com os serviços públicos de saúde, desmistificando a qualidade da assistência prestada por esses serviços e mediatizada. Em tempos de luta pelos setores públicos, é necessário cada vez mais mostrar que não apenas o SUS possui problemas, mas que também os serviços privados e suplementares carecem de humanização e, principalmente, regulação adequadas.

Ressaltamos que, como enfermeiras, ter a experiência científica de pesquisa com abordagem das Ciências Sociais como a Etnografia, utilizando-se de um referencial teórico da Antropologia, nos possibilitou um novo olhar sobre as possibilidades da pesquisa em Enfermagem e Saúde, demonstrando a importância de se incluir abordagens diferenciadas das comumente propostas na academia para a geração de novos conhecimentos. Com esta vivência abriu-se um novo e intenso campo de conhecimento, com abordagens metodológicas possíveis de serem empregadas nas pesquisas em Enfermagem e saúde e principalmente geradoras de aprendizado com intensa relevância para as políticas de saúde e para a sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Acessado em 24 de Agosto de 2017. 2012. Online. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MEDEIROS, L. B. **Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado**. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VELEDA, AA. **Trajetórias do nascer: As representações culturais de mulheres gestantes atendidas no subsector suplementar de saúde em Porto Alegre, RS**. 2015. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DO SERVIÇO
DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PRESTADO À
COMUNIDADE**

NORLAI ALVES AZEVEDO¹; ALINE DAIANE LEAL DE OLIVEIRA²

¹Universidade Federal de Pelotas –Faculdade de Enfermagem 1 – norlai2011@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem

EIXO TEMÁTICO: () Eixo 1 () Eixo 2 (x) Eixo 3

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes tidos como de urgência e emergência, além de consistirem em uma das principais causas de óbito, são também responsáveis por lesões em variados graus, incapacidades permanentes e temporárias, sequelas, dor e sofrimento para as vítimas e seus familiares em todo o mundo (OLIVEIRA; MELLO JORGE, 2008). Para atender vítimas decorrentes de qualquer tipo de acidente, surgiu o atendimento pré-hospitalar, sendo a assistência realizada fora do ambiente hospitalar, socorrendo vítimas nos primeiros minutos do agravo à sua saúde. Este trabalho objetivou conhecer a percepção da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acerca do atendimento prestado à comunidade. Focando no atendimento pré-hospitalar em urgência e emergência. Justifica-se pelo fato da equipe de enfermagem ao compreender sua atuação no atendimento prestado à comunidade, poderá refletir sobre a assistência prestada, questionou-se: Qual a percepção da equipe de enfermagem acerca do atendimento do SAMU prestado à comunidade?

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva. Seguiu os princípios éticos foi aprovada sob CAAE: 66854717.7.0000.5317. Realizada em um SAMU, de uma cidade do Rio Grande do Sul. Incluídos na pesquisa profissionais enfermeiros e técnicos no mínimo um ano no serviço, excluídos da pesquisa profissionais enfermeiros e técnicos afastados do serviço totalizando cinco enfermeiros e quatro técnicos em enfermagem. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas realizadas de forma individual em data e hora pré- estabelecidas, de abril a maio de 2017, em sala reservada no SAMU, gravadas e transcritas pela pesquisadora. Da análise dos dados emergiu o tema: percepção da equipe de enfermagem acerca do atendimento prestado pelo SAMU à comunidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SAMU tem como objetivo a prestação de assistência pré-hospitalar a pacientes vítimas de agravos de natureza clínica ou traumática, no momento e no local de ocorrência do agravo à saúde. Além de realizar o transporte destas vítimas de forma segura e eficaz até os serviços de saúde que possam acolher cada paciente individualmente de forma resolutive à sua necessidade. Sendo, então considerado um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do SUS (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2016).

Este serviço funciona através de ligação telefônica para o número 192, e está ligado diretamente, 24 horas por dia, a uma Central de Regulação, onde um profissional médico regulador acolhe e ordena todos os pedidos de ajuda médica, julgando sua gravidade, priorizando o conjunto de necessidades que ocorrem à central e gerenciando o conjunto de recursos disponíveis, de forma a oferecer a melhor resposta possível a cada demanda, sempre na perspectiva de garantia de acesso (BRASIL, 2006b).

Quando questionados acerca da percepção do atendimento da equipe de enfermagem prestado à comunidade pelo SAMU, percebeu-se que avaliam o serviço como sendo de extrema importância para a população, uma vez que este é o primeiro a chegar e prestar socorro à vítima ainda no local de ocorrência, otimizando o atendimento, evitando sequelas e realizando um transporte adequado para outro serviço de saúde, este atendimento possibilita às vítimas uma chance de sobrevivência maior.

Ribeiro (2001) define o APH como um conjunto de ações executadas antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, o que pode influir de maneira positiva nas taxas de morbidade e mortalidade. Sendo que a assistência qualificada na cena, o transporte e a chegada precoce ao hospital são fundamentais para que o paciente chegue ao mesmo com vida.

Os enfermeiros acreditam ainda que com a implantação do SAMU a população se beneficiou, principalmente no que diz a respeito a agilidade da chegada no local do chamado.

Para que aconteça um atendimento adequado e preciso àqueles que necessitam, é de suma importância que esta assistência seja realizada com resposta rápida e adequada (FERNANDES, 2004).

Nota-se que a equipe deve zelar sempre por uma assistência humanizada. Saber se colocar no lugar do outro e de seus familiares, ou seja, ter empatia. Tratar o outro como gostaria de ser tratado.

A equipe tem por dever a proteção da vítima, apresentar competência humana e técnica, ter sensibilidade para tomar decisões de forma ética, a fim de manter a integridade da pessoa, buscando quais as melhores soluções que se têm, diante das reais circunstâncias que a vítima se encontra (GOLDIM, 2017).

Os técnicos em enfermagem atribuem a sua atuação no serviço ao trabalho em equipe, que este é a peça fundamental na prestação de um bom atendimento a população. Estes profissionais no SAMU atuam juntamente com o condutor da ambulância, e às vezes com um enfermeiro.

O trabalho em equipe é uma ferramenta importante nesse tipo de atendimento, visto que a relação de reciprocidade e interação entre os mesmos, beneficia as vítimas, pois o resultado de um bom atendimento é focado nos seus saberes e suas técnicas, mas respeitando sempre as especificidades, competências e responsabilidades de cada um (PEREIRA; LIMA, 2009).

Observou-se que enfermeiros e técnicos compreendem-se de forma diferente, sendo que os enfermeiros se percebem dentro de um sistema que tem uma forma própria de agir e é voltado para a estruturação do serviço como um todo, como forma de dar resposta rápida e eficiente a comunidade solicitante. Já no olhar do técnico de enfermagem, compreende-se a preocupação com a técnica a ser executada, ficando claro o trabalho em equipe, para que esta técnica possa ser efetiva. Acredita-se que a diferença nos olhares de ambos profissionais se deva ao fato de cada um ter papéis diferentes bem definidos.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a equipe de enfermagem considera seu serviço de extrema importância para a comunidade realizando com trabalho em equipe humanizado, qualificando assim a assistência através do amor e dedicação pela profissão.

Este estudo acrescentou maior bagagem teórica em relação ao atendimento pré-hospitalar bem como o entendimento da prática exercida pelos profissionais.

Sugere-se a realização de um estudo observacional a fim de reforçar os achados nesta pesquisa através da análise das falas dos participantes.

Por fim, almeja-se que todos que tiverem acesso a este trabalho possam reconhecer, respeitar e compreender a importância deste serviço e do trabalho destes profissionais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 126 p.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto. 2004.101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GOLDIM, J. R. **Aspectos éticos do atendimento pré-hospitalar de urgência**. Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/prehos.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **SAMU 192**. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/apostila-do-samu-sc?...samu-sc>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OLIVEIRA, L. R.; MELLO JORGE, M.H.P. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p. 420-430, 2008.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.2, p. 320-327, 2009.