



O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 2

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

 Atena
Editora
Ano 2019

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Karine de Lima

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista

Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall'Acqua – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Elio Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Girelene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Profª Drª Juliane Sant'Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C749 O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-168-8

DOI 10.22533/at.ed.688191203

1. Enfermagem – Estudo e ensino. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 3 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 23 capítulos, o volume II aborda a Enfermagem no contexto educacional, com enfoque para ensino, pesquisa, capacitação dos profissionais atuantes na área e o processo de educar em saúde para sua promoção.

A estratégia educativa em Enfermagem protagoniza uma mudança de cenário na saúde desde a formação profissional, até a promoção da saúde para os usuários dos serviços. Nesse sentido, os estudos realizados contribuem para seu entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas, dentre elas a educação para o autocuidado, educação permanente como ferramenta para melhoria na qualidade da assistência, além do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e tecnologias que facilitam a compreensão e o aprendizado. Assim, a educação em Enfermagem é fundamental em todos os campos de sua atuação, seja em sua inserção na assistência hospitalar, na Atenção Básica, ou mesmo na formação e capacitação de profissionais da área.

Portanto, este volume II é dedicado ao público usuário dos serviços de saúde, no tocante ao desenvolvimento de práticas de autocuidado e de promoção da saúde, além de ser de extrema relevância para enfermeiros atuantes na assistência, docentes da área e discentes, trazendo artigos que abordam experiências do ensino e aprendizagem no âmbito da saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais de enfermagem, desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO PROPOSTA DE MELHORIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Mérlim Fachini

Paola Forlin

Suzete Marchetto Claus

DOI 10.22533/at.ed.6881912031

CAPÍTULO 2 16

A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM DROGAS PARA ATENÇÃO BÁSICA E COMUNIDADE TERAPÉUTICA

Raquelli Cistina Neves Araújo

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Givânya Bezerra de Melo

Natália Luzia Fernandes Vaz

Thyara Maia Brandão

Jorgina Sales Jorge

DOI 10.22533/at.ed.6881912032

CAPÍTULO 3 29

A IDENTIDADE SOCIAL DA ENFERMAGEM E AS INTERFACES COM A DECISÃO PROFISSIONAL DO ACADÊMICO

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Claudia Maria Messias

Caroline Brelaz Chaves Valois

Yasmin Saba de Almeida

Ângela do Couto Capetini

Joana Maria Silva Firmino

Viviani Bento Costa Barros da Rocha

DOI 10.22533/at.ed.6881912033

CAPÍTULO 4 50

A PESQUISA SOB O SUPORTE DA ERGOLOGIA: REFLEXÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Rosane Teresinha Fontana

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Jane Conceição Perin Lucca

Marcia Betana Cargnin

Narciso Vieira Soares

Zaléia Prado de Brum

DOI 10.22533/at.ed.6881912034

CAPÍTULO 5 61

A SAÚDE NOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS: FORTALECENDO AS AÇÕES DE COMBATE AO MOSQUITO AEDES AEGYPTI

Helyane Cândido Pereira

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho

Daniele Castro Aguiar Pimenta

Elizabete Gonçalves Magalhães Filha

Cíntia de Lima Garcia

DOI 10.22533/at.ed.6881912035

CAPÍTULO 6 **68**

AÇÃO EDUCATIVA: INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS E PREVENÇÃO DO COLO UTERINO COM MULHERES DA ILHA DE COTIJUBA EM BELÉM

Girlane Alves Pinheiro
Elen Fernanda Lima De Moraes
Joana D'arc Da Silva Castanho
Shirley Aviz De Miranda

DOI 10.22533/at.ed.6881912036

CAPÍTULO 7 **74**

ALÉM DA TEORIA: FOLDER EDUCATIVO SOBRE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Sammya Rodrigues dos Santos
Bruno Côrte Santana
Daniela Faria Lima
Lídia Rosa Alves da Silva
Pâmela Souza Peres
Rayanne Augusta Parente Paula
Casandra Genoveva Gonzales Martins Ponce de Leon

DOI 10.22533/at.ed.6881912037

CAPÍTULO 8 **90**

ANÁLISE DE DISCURSO FRANCESCA: RELATO SOBRE SUA APLICABILIDADE EM ESTUDOS DE ENFERMAGEM

Andressa da Silveira
Neila Santini de Souza
Ethel Bastos da Silva

DOI 10.22533/at.ed.6881912038

CAPÍTULO 9 **98**

CHECK-LIST DE EXAME FÍSICO: REPERCUSSÕES NO ENSINO APRENDIZADO DA ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Vinicius Rodrigues de Souza
Gisella de Carvalho Queluci
Amanda Ribeiro Mendonça
Suelem Couto Frias Dias
Juliane da Silveira Jasmim
Leylane Porto Bittencourt

DOI 10.22533/at.ed.6881912039

CAPÍTULO 10 **104**

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Camila Medeiros dos Santos
Edna Aparecida Barbosa de Castro

DOI 10.22533/at.ed.68819120310

CAPÍTULO 11 **120**

EDUCAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PARTICIPATIVA EM SAÚDE

Zaléia Prado Brum
Narciso Vieira Soares
Rosane Teresinha Fontana
Jane Conceição Perim Lucca
Sandra Maria Cardoso Melo
Francisco Carlos Pinto Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.68819120311

CAPÍTULO 12	129
ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: O USO DO PORTFÓLIO COMO FERRAMENTA FACILITADORA	
Antonio Dean Barbosa Marques	
July Grassiely de Oliveira Branco	
Rochelle da Costa Cavalcante	
Maria Cecilia Cavalcante Barreira	
Francisca Bertilia Chaves Costa	
DOI 10.22533/at.ed.68819120312	
CAPÍTULO 13	140
FALTA DE REGISTRO NO LIVRO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS: PLANO DE INTERVENÇÃO	
Fabiana Ferreira Koopmans	
Gisele de Araújo Peixoto	
Donizete Vago Daher	
Paula Soares Brandão	
DOI 10.22533/at.ed.68819120313	
CAPÍTULO 14	154
FASES DO PROJETO CONCEITUAL PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROTÓTIPO	
Katia Cilene Ayako Inomata	
Mildred Patrícia Ferreira da Costa	
Silvia Cristina Furbringer e Silva	
DOI 10.22533/at.ed.68819120314	
CAPÍTULO 15	161
FORMAÇÃO DE GRUPO DE PESQUISA SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Fernanda Sant'Ana Tristão	
Vania Greice da Paz Schultz	
Natieli Cavalheiro Viero	
DOI 10.22533/at.ed.68819120315	
CAPÍTULO 16	167
NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA ENTRE ESTUDANTES DO NÍVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM E ENFERMEIROS	
Alan Jonathas Da Costa	
Silvia Emanoella Silva Martins De Souza	
Jônatas De França Barros	
André Ribeiro Da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.68819120316	
CAPÍTULO 17	181
O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE A DOENÇA CORONARIANA	
Bruna da Silva Oliveira	
Marli Villela Mamede	
Líscia Divana Carvalho Silva	
DOI 10.22533/at.ed.68819120317	
CAPÍTULO 18	194
PRÁTICA DO DOCENTE DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: EVIDÊNCIAS DA SAÚDE MENTAL	
Cláudia Maria Messias	

Geisa Soraia Cavalcante Valente
Elaine Antunes Cortez
Patricia Veras Neves De Oliveira
Emília Conceição Goncalvez Dos Santos
Fabíola Chaves Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.68819120318

CAPÍTULO 19 203

REFLETINDO SOBRE O USO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

Jane Conceição Perin Lucca
Zaléia Prado de Brum
Rosane Teresinha Fontana
Márcia Betana Cargnin
Kelly Cristina Sangói
Alessandra Frizzo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.68819120319

CAPÍTULO 20 213

SABERES E PRÁTICAS DE IDOSOS COM DIABETES *MELLITUS*

Adriana Lira Rufino de Lucena
Alinne Cassemiro Inácio
Suellen Duarte de Oliveira Matos
Iraktânia Vitorino Diniz
Maria Júlia Guimarães Soares Oliveira
Simone Helena dos Santos Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.68819120320

CAPÍTULO 21 222

SITUAÇÃO PROBLEMA NO EXAME FÍSICO EM CLIENTES HEMATOLÓGICOS: UMA VISÃO DO ENFERMEIRO

Vinicius Rodrigues de Souza
Gisella de Carvalho Queluci
Amanda Ribeiro Mendonça
Suelem Couto Frian Dias
Juliane da Silveira Jasmim
Leylane Porto Bittencourt

DOI 10.22533/at.ed.68819120321

CAPÍTULO 22 229

VER-SUS: UMA EXPERIÊNCIA EXCEPCIONAL PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Berthiéli Aparecida Menegat
Carlice Maria Scherer

DOI 10.22533/at.ed.68819120322

CAPÍTULO 23 236

VIVENCIAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO I NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Caroline Moura Da Silva
Karla Samara Da Silva Santos
Alexia Aline Da Silva Moraes
Marizete Alves Da Silva De Amorim Barreto
Jenifen Miranda Vilas Boas

DOI 10.22533/at.ed.68819120323

A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO PROPOSTA DE MELHORIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Mérlim Fachini

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Paola Forlin

Universidade de Caxias do Sul, Área de conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul – RS

Suzete Marchetto Claus

Universidade de Caxias do Sul, Área de conhecimento de Ciências da Vida
Caxias do Sul – RS

abordando o tema consulta de enfermagem em puericultura. Foi organizada no formato de oficina de aproximadamente 8 horas, visando a atualização das etapas da CE com ênfase no exame físico. Previamente à atividade foi feito um levantamento de dados relacionados à realização da CE e após seis meses foi aplicado outro instrumento para identificação das mudanças ocasionadas após capacitação.

Resultados: Após análise dos dados, observou-se que o número de UBS que realizavam CE passou de 12 para 26, apontando um aumento de 14 serviços. **Considerações:** Os resultados

da educação permanente tem potência para produzir mudanças no comportamento profissional dos enfermeiros, mas também demonstra a necessidade de sistematicidade e monitoramento para ampliar estas mudanças nos serviços básicos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação continuada. Cuidado da criança. Cuidados de enfermagem

ABSTRACT: The child is understood as a being susceptible to aggravations in its growth development. In this sense, childcare emerges as a systematic and periodic follow-up strategy for the healthy child, with a view to reducing infant morbidity and mortality and promoting health 1. Permanent education in health further fosters professional practice, thus justifying its importance. **Goal:** To evaluate the effectiveness

RESUMO: A criança é compreendida como um ser suscetível a agravos no seu crescimento desenvolvimento. Nesse sentido a puericultura surge como uma estratégia de acompanhamento sistemático e periódico da criança saudável, com vistas à redução da morbimortalidade infantil e promoção da saúde 1. A educação permanente em saúde fomenta ainda mais a prática profissional, justificando assim sua importância. **Objetivo:**

Avaliar a efetividade da capacitação sobre consulta de enfermagem em puericultura realizada por enfermeiros de atenção básica do município de Caxias do Sul. **Percurso metodológico:** Foi realizada atividade de educação permanente para todos os enfermeiros da rede da SMS de Caxias do Sul, no período de agosto a outubro de 2015,

of the training on nursing consultation in childcare carried out by primary care nurses in the city of Caxias do Sul. **Methodological approach:** A permanent education activity was carried out for all nurses in the SMS network in Caxias do Sul, from August to October 2015, addressing the issue of nursing consultation in childcare. It was organized in the workshop format of approximately 8 hours, aiming to update the EC stages with emphasis on physical examination. Prior to the activity, a data collection was performed related to the EC, and after six months another instrument was used to identify changes after training. **Results:** After analyzing the data, it was observed that the number of UBS that performed EC increased from 12 to 26, indicating an increase of 14 services. **Considerations:** The results of continuing education have the potential to produce changes in the professional behavior of nurses, but also demonstrate the need for systematicity and monitoring to expand these changes in basic health services. **KEYWORDS:** Education, continuing. Child care. Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado integral à saúde da criança é de fundamental importância, uma vez que este pequeno ser em desenvolvimento é vulnerável aos mais diversos riscos. A puericultura se configura como ferramenta essencial no acompanhamento da criança saudável, objetivando a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, favorecendo o pleno crescimento e desenvolvimento da criança.

A puericultura caracteriza-se como acompanhamento periódico e sistemático da criança saudável, com vistas à redução da morbimortalidade infantil e promoção da saúde. É definida como uma ciência que reúne as noções de cuidados sobre o crescimento e desenvolvimento da criança de maneira adequada na sociedade que está inserida. Nesse sentido o enfermeiro desenvolve papel fundamental no acompanhamento desta criança, uma vez que conhece sua realidade, sua família e sua cultura, proporcionados pelo vínculo formado a partir da relação terapêutica.

Para realizar as consultas de enfermagem, o enfermeiro deve possuir habilidades e conhecimentos específicos, conforme a faixa etária do paciente que atende. Na puericultura, conhecer cada uma das etapas do crescimento e desenvolvimento torna-se fundamental, uma vez que a criança é um ser suscetível a agravos. O enfermeiro, conhecendo a criança e o contexto onde ela está inserida, pode prevenir complicações e promover a saúde conforme as necessidades daquele núcleo familiar.

Nesse sentido, o aprimoramento constante das habilidades do enfermeiro configura-se como instrumento relevante no processo de cuidado. Programas de educação permanente em saúde possibilitam a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, proporcionando assim uma qualidade maior e mais resolutiva na assistência da saúde individual e coletiva da população.

Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a efetividade da capacitação sobre consulta de enfermagem em puericultura realizada por enfermeiros de atenção básica do município de Caxias do Sul.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada atividade de educação permanente para todos os enfermeiros da rede da SMS de Caxias do Sul, no período de agosto a outubro de 2015, abordando o tema consulta de enfermagem em puericultura. Foi organizada, pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente e pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde, no formato de oficina de aproximadamente 8 horas, visando a atualização das etapas da CE com ênfase no exame físico.

As atividades aconteciam em dois momentos, o primeiro compreendia uma abordagem teórica, com uma enfermeira docente, especialista na área de pediatria. Eram abordadas as etapas da consulta de enfermagem, como realizar o exame físico, quais informações eram importantes serem coletadas conforme a faixa etária da criança. No segundo momento, as aulas eram práticas e realizadas num laboratório de enfermagem, cedido por uma instituição de nível superior. Nessa etapa, o objetivo era realizar com bonecos o exame físico e sanar todas as dúvidas dos enfermeiros, sendo ministrada por duas médicas pediatras.

Previamente à atividade teórica, foi feito um levantamento de dados relacionados à realização da consulta de enfermagem, por meio de um questionário. O instrumento de coleta de dados era composto por perguntas referentes a aspectos demográficos e socioeconômicos e conhecimento sobre a consulta de enfermagem em puericultura e processo de trabalho e foi aplicado no momento inicial da capacitação para todos os enfermeiros que estavam presentes na mesma. Após foi recolhido e os dados respondidos foram digitados em planilha Excel pelos técnicos do referido núcleo conforme os itens contidos no instrumento. Após seis meses foi aplicado outro instrumento para identificação das mudanças ocasionadas após capacitação, e novamente os dados obtidos foram digitados em planilhas do Excel.

A análise dos dados qualitativos deu-se por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin por meio da técnica temático-categorial. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística simples, sendo apresentados em números absolutos. No que tange aos aspectos éticos, o presente estudo não foi encaminhado ao comitê de ética, uma vez que foram utilizados dados secundários.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da capacitação 60 enfermeiros, sendo que destes 90% era de profissionais do sexo feminino, conforme mostra a Figura 1. Os dados corroboram com o estudo de Dotto, Mamade e Mamede (2008), que relatam que a enfermagem ainda tem uma predominância de mulheres trabalhadoras quando comparado ao número de homens trabalhadores.

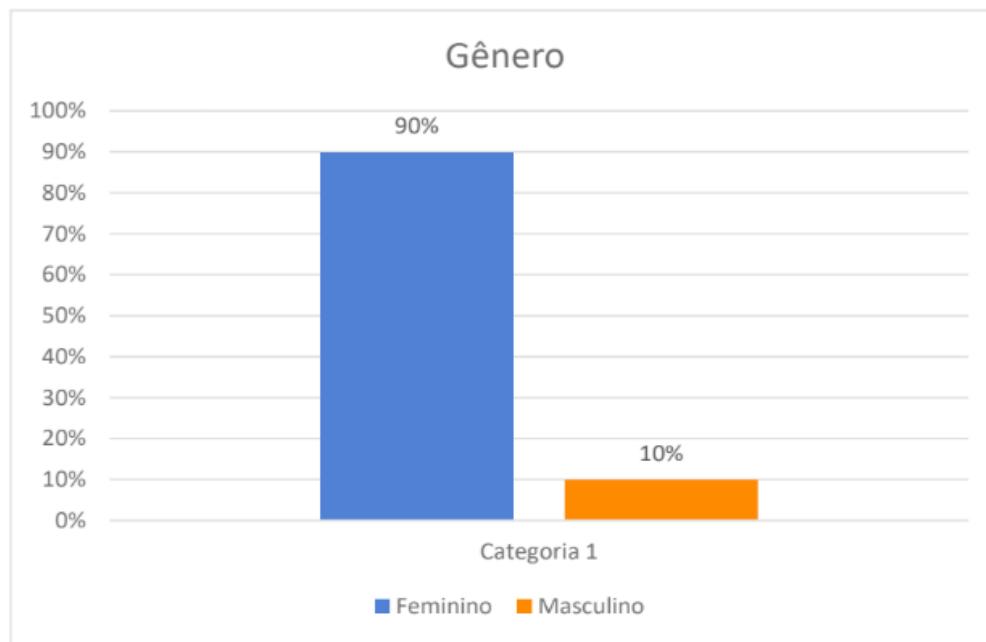


Figura 1: Distribuição dos enfermeiros de UBS por sexo.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

No que tange a faixa etária dos enfermeiros atuantes, foram identificados 8 enfermeiros entre 23 a 30 anos; na faixa etária de 31 a 41 anos 28 enfermeiros; entre 45 e 50 anos foram encontrados 16 enfermeiros e com mais de 50 anos foram identificados 8 enfermeiros. Estes dados apontam que a maioria dos enfermeiros se encontram na faixa etária de 31 a 40 anos (46,66%) e entre 45 a 50 anos (26,66%). Ou seja, entre 31 e 50 anos se encontram 73,32% do total dos enfermeiros. Isto pode significar que a grande maioria dos enfermeiros já possui algum tempo de trajetória profissional.

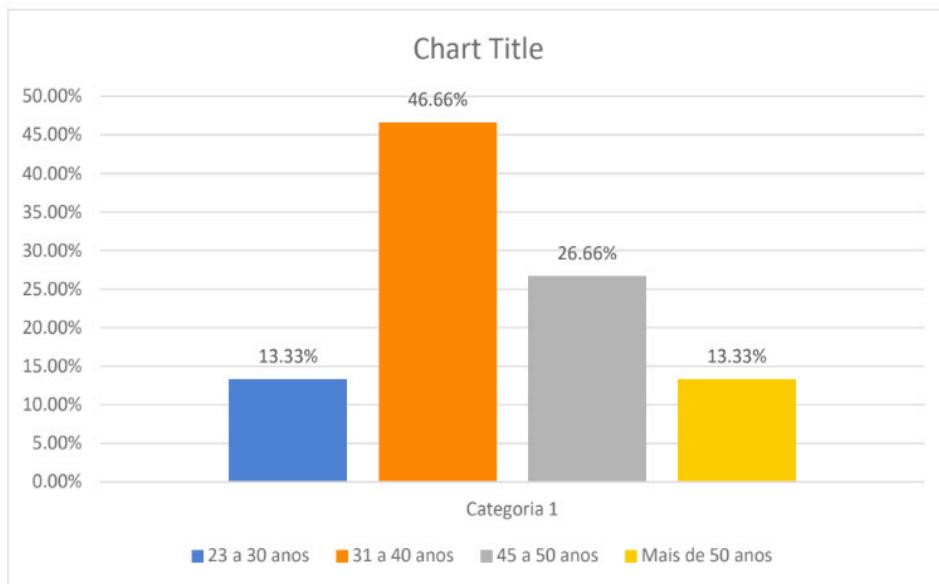


Figura 2: Distribuição dos enfermeiros por faixa etária.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

Quanto ao grau de formação, foram identificados seis enfermeiros que possuem apenas bacharelado em enfermagem, 53 enfermeiros que possuem especialização e um enfermeiro com título de mestre. Estes dados revelam que a maioria dos profissionais (90%) possui pós-graduação como especialização (88,33%) e mestrado (1,66%), o que indica interesse dos enfermeiros com sua qualificação profissional.

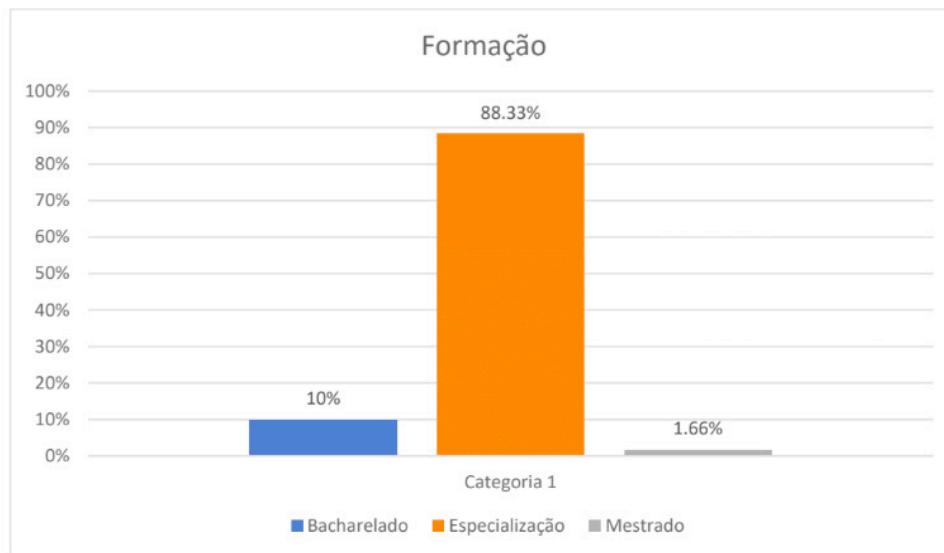


Figura 3: Distribuição dos enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde por nível de escolaridade.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

Quando analisado o tempo de formação dos enfermeiros, foram identificados dois enfermeiros com menos de um ano de formação, três entre 1 e 5 anos de formação; 18 enfermeiros com tempo de formação entre 6 e 10 anos, 25 enfermeiros entre 11 e 20 anos de formação; outros 9 enfermeiros de 21 a 30 anos de formado e apenas três

com mais de 30 anos de formação. Houve uma predominância de enfermeiros entre 11 e 20 anos de formação (41,66%) e entre 6 e 10 anos (35%), ou seja, grande maioria com 6 anos de formação (91,66%).

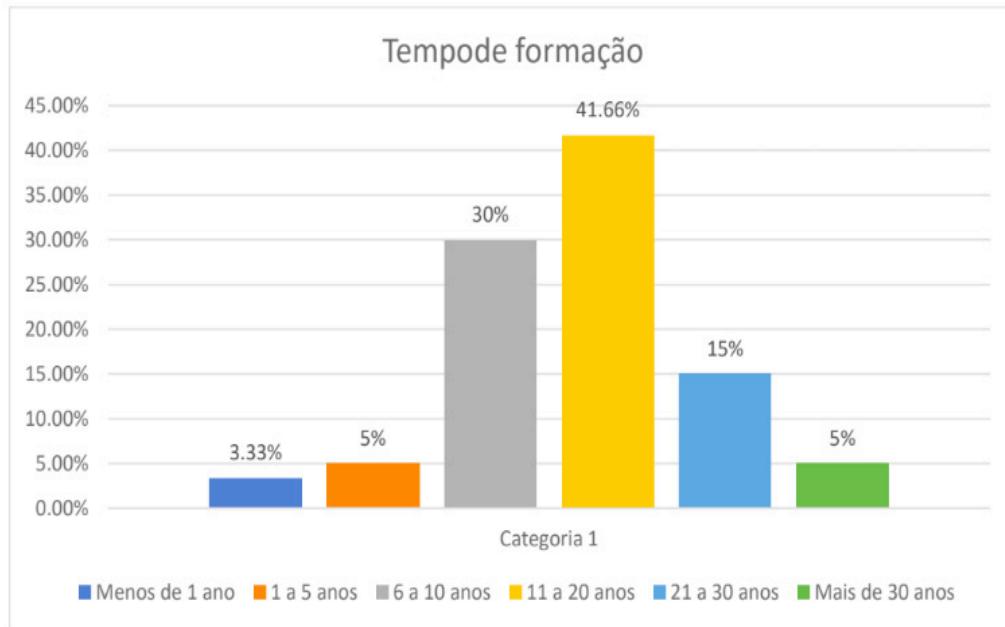


Figura 4: Distribuição dos enfermeiros de UBS por tempo de formação.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

No que diz respeito ao tempo de atuação no SUS, identificou-se que 38 enfermeiros possuem de 1 a 10 anos de serviço na SMS, 15 enfermeiros atuam de 11 a 20 anos na SMS, 3 enfermeiros com mais de 20 anos e 2 enfermeiros não responderam o item correspondente ao tempo de serviço. Houve uma predominância de tempo de serviço dos enfermeiros de 1 a 10 anos (63,33%) e em relação a 11 e 20 anos (25%).

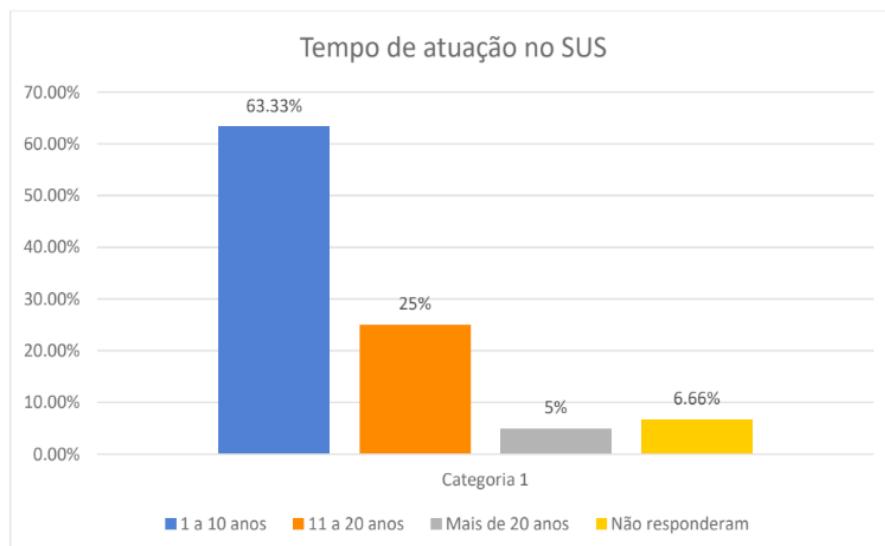


Figura 5: Distribuição dos enfermeiros de UBS por tempo de serviço.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

Ao fazer o levantamento dos profissionais que realizavam a consulta de enfermagem em puericultura (CEP), identificou-se que apenas em 16, dos 47 serviços eram realizadas as consultas.



Figura 6: distribuição dos serviços em que era realizada a CEP.

Fonte: Autoras, 2015.

Quando questionados sobre os motivos da não realização da CEP, as respostas emergiram três categorias temáticas, a saber: a primeira relacionada ao processo de trabalho que apresentou nove unidades de significado; a segunda sobre dificuldades relacionadas ao comportamento dos enfermeiros com cinco unidades de significado; a terceira sobre dificuldades relacionadas a educação permanente, com três unidades de significado. É importante ressaltar que mesmo os enfermeiros que afirmam não realizar CEP apontam dificuldades para a realização da mesma.

Categorias temáticas relacionadas às dificuldades dos enfermeiros em realizar a CEP	Nº Unidades de significado
1 – Processo de trabalho	9
2 – Comportamento do enfermeiro	5
3 – Educação permanente	3

Quadro 1: Categorias de dificuldades apresentadas pelos enfermeiros em relação as dificuldades na realização da consulta de enfermagem na puericultura.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

Os resultados mostram que a maioria das dificuldades estão concentradas no processo de trabalho e nas dificuldades relacionadas ao comportamento dos enfermeiros, totalizando 82,35%. Isto significa que existe uma concordância entre os enfermeiros em relação estas categorias como fatores dificultadores da realização da

consulta de enfermagem, ou até impeditivos da realização da mesma.

Categoria	Unidades de significado	FR
Dificuldades relacionadas ao processo de trabalho	Falta de espaço físico adequado	21
	Excesso de demanda de trabalho do enfermeiro	18
	Falta de recursos humano	16
	Falta de protocolo específico para a realização da CEP	13
	Falta de apoio dos outros profissionais	8
	Falta de equipamento, instrumentos e materiais adequado	8
	Não poder prescrever medicamentos	7
	Atendimento centrado na consulta médica	2
	Falta de apoio institucional	2

Quadro 2: Distribuição das dificuldades apresentados pelos enfermeiros relacionadas ao processo de trabalho quanto a realização da consulta de enfermagem em puericultura.

Fonte: Autoras, Caxias do Sul, 2015.

O quadro 2 mostra a distribuição das dificuldades relacionadas ao processo de trabalho apontadas pelos enfermeiros de UBSs relacionadas a realização da consulta de enfermagem em puericultura. Foram identificadas 9 unidades de significado. Totalizando 95 indicações. Destas, 21 enfermeiros apontam a falta de espaço físico como uma dificuldade na realização da CEP. Esses dados podem significar que tantos enfermeiros podem estar restringindo a realização da CEP pela falta de local adequado para realizá-la, com pode estar atribuindo este fator a não realização da consulta.

Bardaquim, Dias e Robazzi (2018) relatam que a falta de sala para enfermeiras realizarem a consulta de enfermagem, bem como o próprio espaço físico e estrutura inadequados, eram dificuldades enfrentadas diante da realização do trabalho da enfermagem. Os autores corroboram com as informações encontradas na presente pesquisa que aponta que um terço dos enfermeiros de UBSs não possui um espaço físico adequado para a realização da consulta de enfermagem.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) criou um projeto físico e de equipamentos recomendados para cada consultório. Dentre materiais e espaços que são preconizados, alguns aspectos específicos como a dimensão mínima da sala de atendimento individual, iluminação adequada, torneira com água quente, ruídos controlados e matérias para a consulta são descritos. Entretanto, sabe-se que nem sempre o que é preconizado é o que se encontra nos serviços, evidenciado pelo relato de 8 enfermeiros que apontaram a falta de materiais como uma dificuldade para realizar a consulta de enfermagem na puericultura.

Corroborando, Ribeiro et al (2014) relatam a mesma dificuldade em relação ao espaço físico. Em estudo realizado em Salvador identificam que mesmo com grande disponibilidade de materiais que facilitam a prática de enfermagem na puericultura possibilitando um atendimento saudável, também se encontram dificuldades nesses

recursos. O estudo mostrou que, por vezes, o enfermeiro deixa de realizar a puericultura pela falta de consultórios disponíveis ou mesmo pela falta de instrumentos mínimos como tensiómetro infantil.

Cabe ressaltar que acredita-se que a falta de recursos materiais e estruturais adequados, bem como fatores específicos para a consulta de enfermagem que acabam não sendo disponibilizados pelos serviços de saúde podem estar interferindo na qualidade do atendimento e na resolutividade à demanda específica.

Outra dificuldade apontada por 18 enfermeiros, foi o excesso de demanda de trabalho do enfermeiro nas UBS. Tal achado vai de encontro com a realidade evidenciada no estudo de Campos et al (2011) que evidencia que o enfermeiro interage com uma sobrecarga de atividades e assim nem sempre tem tempo para fazer agendamento de rotina para a consulta de enfermagem em puericultura. Corroborando, Assis et al (2011), relatam também que na maioria das UBSs o enfermeiro é responsável pelas atividades que envolvem planejamento e administração das equipes e pela supervisão dos cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem de nível médio e devido a essa carga de atividades, as ações burocráticas se sobreponem às de assistência.

Outros 16 enfermeiros apontaram a falta de recursos humanos como um dificultador para a realização da CEP. Em relação a essa dificuldade Flinker et al (2014) aponta que a falta de recursos humanos acaba fazendo com que outros profissionais deixem suas funções específicas para exercer atividades em postos diferentes o que impede que os trabalhadores desenvolvam seu trabalho de forma humanizada e acolhedora destinadas a resolução dos problemas de saúde.

Identificaram-se ainda 13 falas de enfermeiros sobre a falta de um protocolo específico para a realização da CEP e 7 falas em relação a não poder prescrever alguns medicamentos. Em relação a esses dados a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2012, pg. 4) entende que a criação de um protocolo específico vai além de apenas respaldar a prescrição de medicamentos. A criação de um protocolo tem por objetivo prover ao profissional de enfermagem a segurança e o compromisso ético necessários para que atuem e proporcionem ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção de qualidade.

Nesse sentido, a criação de um protocolo específico para a enfermagem na saúde da criança, segundo Guberti et al (2015), possibilita ao enfermeiro um melhor acompanhamento durante as consultas de puericultura, com base em um modelo próprio da enfermagem e acaba permitindo realizar um cuidado com maior autonomia e desenvolver ações direcionadas à atenção integral da saúde da criança em seus primeiros meses de vida.

No que tange a falta de apoio de outros profissionais, 8 falas citaram como sendo elemento dificultador para a realização da CEP. Estudo como o de Maria, Quadros e Grassi (2012) corroboram este resultado na medida em que relatam que as equipes de enfermagem atribuem a si a função de executar ações voltadas as ordens médicas e não as do enfermeiro, que na opinião da equipe também deveria apenas acatar ordens

médicas. Acredita-se que tal situação é fator importante para que o enfermeiro nesse contexto não consiga conquistar o respeito e a confiança necessários para estabelecer uma relação de trabalho adequada e quebrar as ideologias arraigadas historicamente na própria equipe.

Outras duas falas dos enfermeiros citam o atendimento centrado na consulta médica também como um aspecto que dificulta a realização da CEP. Entende-se que o enfermeiro precisa ocupar seu espaço mostrando que é capaz de ser resolutivo não apenas para a equipe de enfermagem como também para a de outros profissionais de saúde de forma a mudar estas concepções.

Em relação a dificuldade apresentada por dois enfermeiros como a falta de apoio institucional pode ser compreendida também por um estudo realizado por Maria, Quadros e Grassi (2012) que mostraram que as instituições nem sempre veem a viabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para o serviço e ficam resistentes a novas ações. Isso evidencia que estudos em relação a essas dificuldades são importantes para que os serviços de saúde compreendam a importância da realização da CEP para a resolutividade e melhora do fluxo nas UBSs.

O Quadro 3 apresenta a distribuição das dificuldades relacionadas ao comportamento do enfermeiro apontadas pelos profissionais de UBSs relacionadas a realização da consulta de enfermagem em puericultura. Foram identificadas cinco unidades de significado onde 8 enfermeiros apontaram a falta de organização do enfermeiro como uma dificuldade, 8 enfermeiros apontaram como dificuldade a falta de reserva de um tempo específico por parte do enfermeiro para a realização da CEP e um enfermeiro colocou a falta de interesse dos enfermeiros pela realização da CEP; outro enfermeiro citou que os enfermeiros possuem uma certa resistência em realizar a CEP e ainda outro enfermeiro descreveu que a não valorização do enfermeiro também é uma dificuldade encontrada na realização da CEP.

Estes dados revelam que em relação a falta de organização do enfermeiro e a falta de reserva de tempo são a maioria das dificuldades relacionadas ao enfermeiro encontradas para a realização da CEP (84,20%).

Categoria	Unidades de significado	FR
Relacionadas ao comportamento dos enfermeiros	Falta de organização do enfermeiro	8
	Falta de reserva de tempo para a realização da CEP	8
	Falta de interesse dos enfermeiros para a realização da CEP	1
	Resistência dos enfermeiros em realizar a CEP	1
	Não valorização do enfermeiro	1

Quadro 3: Distribuição das dificuldades relacionadas ao comportamento do enfermeiro apontadas pelos enfermeiros, relacionadas a realização da consulta de enfermagem em puericultura.

Em relação a falta de organização, planejamento e as 8 falas sobre a falta de reserva de tempo do enfermeiro apontadas por oito enfermeiros, Baratieri et al (2014) demonstram em seu estudo que a falta de planejamento do enfermeiro para realizar o acompanhamento periódico das crianças, a sobrecarga de trabalho e o processo de trabalho da equipe de enfermagem que acaba priorizando ações curativas direcionadas apenas na doença, são fatores que interferem na qualidade da puericultura. O mesmo fica evidenciado no estudo de Assis et al (2011) que descrevem que no processo de trabalho, as ações de puericultura acabam sendo tragadas pela dinâmica do trabalho centrado na produção de procedimentos e não na produção de cuidado.

Sobre a fala de um enfermeiro sobre a não valorização do enfermeiro Assis et al (2011) também alertam que a não colaboração da equipe, a falta de confiança das mães, a própria falta de vontade do enfermeiro e o direcionamento do trabalho para suprir toda a necessidade do serviço, que ficaram evidenciadas pelos relatos dos enfermeiros, acaba afetando diretamente a consulta de enfermagem e prejudicando os principais pacientes afetados, as crianças.

Em relação as falas dos enfermeiros sobre a falta de interesse e a resistências dos enfermeiros em realizar a CEP, parece se aproximar dos achados no estudo de Santos et al (2012) que demonstram que a resistência dos enfermeiros em realizar suas atividades específicas pode estar relacionada à inexperiência e despreparo técnico e gerencial.

O Quadro 4 traz a distribuição das dificuldades relacionadas a formação e capacitação apontadas pelos enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde, relacionadas a realização da consulta de enfermagem em puericultura. Foram criadas 3 unidades de significado, dessas identificaram-se que 11 enfermeiros apontam como dificuldade a falta de conhecimento do enfermeiro para realizar a CEP, 6 enfermeiros apontam como aspecto dificultador para a realização da CEP a falta de capacitação na área de puericultura e 1 enfermeiro aponta a falta de vivência acadêmica como dificultador para a realização da CEP. Esses dados revelam que alguns enfermeiros apontam como dificuldades para a realização da CEP a falta de conhecimento e de capacitação na área de puericultura.

Categoria	Unidade de significado	Fr.
Educação permanente	Falta de conhecimento do enfermeiro para a realização da CEP	11
	Falta de capacitação da área de puericultura para os enfermeiros	6
	Falta de vivência em relação a CEP	1

Quadro 4: Distribuição das dificuldades relacionadas a educação permanente apontadas pelos enfermeiros relacionada a realização da consulta de enfermagem em puericultura.

Para um grupo significativo de enfermeiros há concordância que uma formação adequada e educação permanente sobre o tema contribuem para minimizar ou suprimir dificuldades quanto a realização da consulta de enfermagem. Corroborando, o estudo de Silva et al (2014) demonstrou que alguns enfermeiros por não possuírem capacitação técnico-científica para atuar na puericultura, acabam não se motivando e nem possuem interesse em estruturar um serviço de atenção à criança nas unidades de saúde. Assim, como o desinteresse das mães acabam causando uma acomodação dos profissionais enfermeiros.

Vieira et al (2012) afirma que a capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde e de atenção básica são fundamentais para a inserção dos enfermeiros na puericultura. O processo de formação permanente possibilita que o enfermeiro identifique os cuidados necessários, as orientações adequadas e que se observem sinais de risco em relação as crianças.

Levando em consideração este último achado, no qual o enfermeiro relata a necessidade de educação permanente em saúde, o núcleo técnico da saúde da criança e o núcleo técnico da educação permanente da secretaria da saúde, elaboraram um programa sistemático de capacitação para os enfermeiros da rede voltado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

O primeiro tema abordado foi justamente a consulta de enfermagem em puericultura. Após a realização da capacitação, um novo levantamento de dados foi realizado, buscando identificar se houve aumento do número de UBSs que estavam realizando a CEP. Identificou-se que a capacitação foi efetiva, como demonstra a figura abaixo.

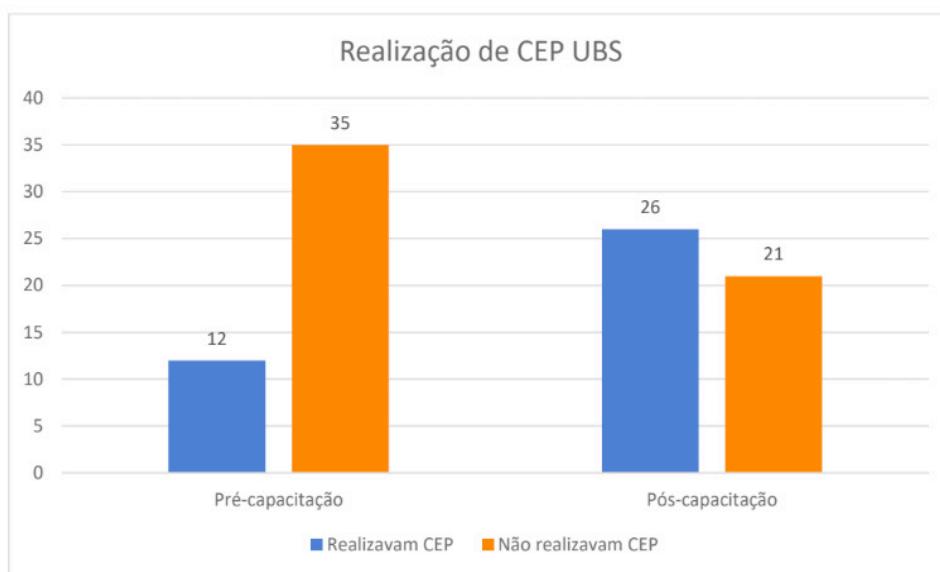


Figura 6: realização de CEP por UBS.

Fonte: Autoras, 2015.

Observou-se que o número de UBS que realizavam CEP passou de 12 para 26, apontando um aumento de 216,6% no número de serviços que realizavam a CEP. Tais achados corroboram com o relato de Sá et al (2018) em seu estudo que demonstra que os enfermeiros reconhecem a importância da educação permanente em saúde, que promove a troca de conhecimentos, fortalece os já existentes e oportuniza ao profissional a construção de novos saberes.

A educação permanente é baseada na aprendizagem ativa que propõe a construção de aprendizados a partir dos conhecimentos já existentes onde se acumulam e se renovam experiências e acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é construída a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tem (BRASIL, 2005). A educação permanente traz a proposta de que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004).

Após o início do programa de capacitação para os enfermeiros, assuntos como crescimento e desenvolvimento, nutrição e aleitamento materno, classificação de risco e sinais de perigo foram abordados no decorrer dos anos de 2016 e 2017, conferindo maior autonomia e confiança ao enfermeiro para realizar a CEP.

No primeiro semestre de 2017 o núcleo técnico da saúde da criança juntamente com os núcleos de assistência farmacêutica e vigilância nutricional e alimentar, elaboraram o protocolo para dispensação de medicamentos isentos de prescrição. O protocolo garante ao enfermeiro a possibilidade de dispensar, por meio de formulário específico, vitamina A+D, sulfato ferroso, pomada de óxido de zinco e cloreto de benzalcônio (CAXIAS DO SUL, 2017).

Em 2018 novo levantamento de dados referente à realização da CEP foi feito, identificando que 30 serviços realizam a CEP atualmente. Tais dados demonstram a efetividade do programa de capacitação elaborado, conferindo ao profissional enfermeiro o embasamento científico e prático necessários para a realização de uma atividade privativamente sua. Também entende-se que com a realização da CEP por profissionais capacitados, oferece-se à comunidade uma assistência à saúde baseada na excelência profissional.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho oportunizou identificar os principais dificultadores na realização da consulta de enfermagem em puericultura por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde. Constatou-se que as maiores dificuldades encontradas pelos profissionais na realização da consulta se relacionam ao processo de trabalho, principalmente pela ausência de um espaço físico adequado e pelo excesso de demanda de trabalho

do enfermeiro. Também apareceram como dificuldades a falta de planejamento do enfermeiro e a falta de educação permanente para a consulta de enfermagem.

Uma vez identificados os fatores que interferiram na realização da consulta de enfermagem, procurou-se tentar resolver os aspectos dificultadores. Materiais foram solicitados ao setor de compras, algumas UBS reorganizaram sua estrutura e, principalmente, a educação permanente mostrou-se efetiva. Os resultados da educação permanente tem potência para produzir mudanças no comportamento profissional dos enfermeiros, mas também demonstra a necessidade de sistematicidade e monitoramento para ampliar estas mudanças nos serviços básicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Wesley Dantas et al. **Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.64, pg 38-46, jan/fev, 2011.

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

BARATIERI, Tatiane et al. **Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimento.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, v.4, n.1, pg 206-216, Jan/mar 2014.

BARDAQUIM, V.A.; Dias, E.G.; Robazzi, M.L.C.C. **O processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) na constituição da equipe de uma estratégia de saúde da família: um relato de experiência.** Saúde em Redes, v.3, n.2, p.293-300, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde: planejamento e dimensionamento.** Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol et al. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.45, n.3, pg 566-74, jun, 2011.

CAXIAS DO SUL. Secretaria Municipal da Saúde. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. **Protocolo para dispensação de medicamentos isentos de prescrição médica.** Caxias do Sul: 2017.

COSTA, Laís et al. **Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família.** Revista ciência, cuidado e saúde, Maringá, v.11, n.4, pg

DOTTO, Leila Maria Geromel; MAMEDE, Marli Vilela e MAMEDE, Fabiana Vilela. **Desempenho das Competências Obstétricas na Admissão e Evolução do Trabalho de Parto: Atuação do Profissional de Saúde**. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, vol.12, n.4, pg 717-25, dez, 2008.

FLINKER, Anna Luisa et al. **O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária a saúde**. Revista Acta Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São de Paulo, São Paulo, v.27, n.6, pg 548-583, nov/dez, 2014.

GUBERTI, Fabiane do Amaral et al. **Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura**. Revista Rene. 2015 jan-fev; pg. 81-89.

MARIA, Monica Antonio; QUADROS, Fátima Alice Aguiar e GRASSI, Maria de Fátima Oliveira. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol.65, n.2. pg 297-303, mar-abr; 2012.

RIBEIRO, Sabiny Pedreira et al. **O quotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura**. Revista da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v.22, n.1, pg 89-95, 2014.

RIO DE JANEIRO (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde**. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

SÁ, A.C.M.G.N. et al. **Contribuições da educação permanente para qualificação da assistência de enfermagem em um hospital público**. R bras ci Saúde, v.22, n.1, p. 87-94, 2018.

SANTOS, Maria das Graças Peregrino de Sousa, et al. **Percepção de enfermeiros sobre o processo de enfermagem: uma integração de estudos qualitativos**. Revista Mineira de enfermagem, Minas Gerais, vol. 13, n.3, pg. 712-23, 2012.

SILVA, Isabel Cristina Araujo et al. **Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento**. Revista Eletrônica de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, v. 8, n.4, pg. 966-973, 2014.

VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima et al. **Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro**. Revista Cogitare Enfermagem. Paraná, v.17, n.1, pg.119-25, 2012.

CAPÍTULO 2

A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM DROGAS PARA ATENÇÃO BÁSICA E COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Raquelli Cistina Neves Araújo

(*in Memoriam*)

Universidade Federal de Alagoas/ UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Maceió – Alagoas

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Universidade Federal de Alagoas/ UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Maceió – Alagoas

Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas/ UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Maceió – Alagoas

Givânya Bezerra de Melo

Universidade Federal de Alagoas/ UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Maceió – Alagoas

Natália Luzia Fernandes Vaz

Universidade Federal de Alagoas/ UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Maceió – Alagoas

Thyara Maia Brandão

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/ UNCISAL, Departamento de Enfermagem

Maceió – Alagoas

Jorgina Sales Jorge

Universidade Federal de Alagoas/ UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Maceió – Alagoas

RESUMO: O aumento do uso de drogas pela população vem trazendo grandes prejuízos à saúde pública e ampliando as demandas por cuidados específicos aos usuários nos diversos serviços integrantes do Sistema Único de Saúde. Mostra-se necessário o aprimoramento de profissionais das diversas áreas para a abordagem efetiva a esses usuários. O estudo objetiva descrever a experiência vivenciada por participantes de um projeto de extensão durante um curso de capacitação sobre drogas para profissionais de duas instituições (Estratégia de Saúde da Família e Comunidade Terapêutica). O curso envolveu docentes e discentes extensionistas da Universidade Federal de Alagoas como também enfermeiros residentes da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Durante a realização do curso, através de oficinas e metodologias ativas, assuntos como o trabalho em grupos terapêuticos e diferentes formas de acolhimento e atenção ao usuário de drogas foram abordados. A experiência proporcionou um vasto aprendizado e ambiente de trocas mútuas tanto para os profissionais de saúde quanto para os discentes de graduação em enfermagem e residentes envolvidos no projeto. Reitera-se a potência das dinâmicas grupais por favorecerem aquisição de habilidades e produção de competências no trabalho com

prevenção e manejo do uso abusivo de drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Usuários de drogas, processos grupais, capacitação, enfermagem, saúde mental.

ABSTRACT: The enlargement of drug use by the population has brought many prejudice to the public health and increased the request for special care to the users in the several services integrants of the SUS. This shows that is imperative the upgrade of professionals of the various areas to the effective approach of the users. The study objective is to describe the experience lived by the participants of an extension project over the realization of a capacitating course on drugs for the professionals of two institutions (Family Health Strategy and Therapeutic Community). The course involved teachers and students extensionists of the State University of Health Sciences of Alagoas. During the realization of the course, through workshops and active methodologies, subjects like therapeutic group work and different themes of attention and reception to the user of drugs were addressed. The experience provided a great learning and mutual change environment for health professionals, graduating nursing students and residents involved in the project. Repeats itself the great strength that the group dynamics provide as subsidy for the acquisition of skills and production at work competences with prevention and management to the abusive use of drugs.

KEYWORDS: Drug users, group processes, training, nursing, mental health.

1 | INTRODUÇÃO

O uso crescente de drogas pela população tem sido considerado um problema de saúde pública. No mundo, 2 bilhões de pessoas fazem uso de álcool, sendo seu consumo responsável por 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doenças (ANDRADE, DUARTE, OLIVERIRA, 2010). Em relação às drogas ilícitas, 230 milhões de pessoas têm experimentado algum tipo de substância que gera problemas a 27 milhões de pessoas (UNODC, 2012). Outra situação preocupante é o abuso de medicações, sedativos e tranquilizantes que estão entre os três tipos de drogas mais usadas de maneira indevida (UNODC, 2013).

No Brasil, estudos mostram que 74,6% da população geral fez uso ao menos uma vez na vida de álcool, 44% de tabaco e 22,8% das demais drogas; percentuais que aumentam em estudantes universitários, chegando a 86,2% o consumo do álcool e 26,1% da maconha (ANDRADE, DUARTE, OLIVERIRA 2010). Na Região Nordeste as evidências são mais agravantes: 27,6% da população adulta em geral e 94,6% de crianças e adolescentes em situação de rua fizeram uso de drogas ilícitas (NOTO et al. 2003; CARLINI et al., 2006).

Mediante o acentuado número de pessoas que fazem uso de drogas e a perceptível carência no aprofundamento desta temática pelos profissionais, intervenções com o intuito de instrumentalizá-los para o cuidado desta população são necessárias. A

perspectiva é atender esta demanda de forma mais habilidosa nos diversos níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articuladas à outros dispositivos intersetoriais.

Desta forma, firma-se a importância de ações de educação permanente visando aperfeiçoar o perfil de formação tanto dos profissionais já inseridos nos serviços quanto daqueles que estão em processo de formação acadêmica. Esta preocupação, que também parte da Universidade, surge na busca de transformar a realidade social e despertar nos seus discentes um olhar ampliado para a resolução dos problemas que envolva a atual conjuntura. Para se produzir mudanças no comportamento dos profissionais em seu cotidiano de trabalho, muitas vezes institucionalizados pelos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática dos casos atendidos e situações vivenciadas (CARLINE et al., 2006).

A Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como instituição pública pautada no ensino, pesquisa e extensão, empenha-se no desenvolvimento de ações que envolvam discentes, docentes e técnicos para atuar na resolução dos problemas evidenciados na sociedade. Destacam-se, deste modo as atividades extensionistas, norteadas por um plano nacional pactuado entre as instituições de ensino superior do Brasil, como um dos pilares para fortalecimento do processo ensino-aprendizagem (PAULA et al., 2012).

Para tanto, houve a necessidade de planejar e desenvolver uma capacitação para profissionais da saúde a partir do projeto de extensão intitulado: “Experiência grupal em práticas de promoção à saúde mental e prevenção ao uso de álcool/ crack e outras drogas: uma proposta interdisciplinar e intersetorial”. Sendo assim, este relato tem como finalidade descrever a experiência vivenciada enquanto participantes de um projeto de extensão durante um curso de capacitação em drogas para profissionais de duas instituições.

2 | METODOLOGIA

A capacitação sobre drogas ocorreu no segundo semestre do ano 2012 em três cenários de aprendizagens quais sejam: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR), uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Comunidade Terapêutica (CT).

O desenvolvimento da capacitação foi conduzido por uma equipe constituída por duas residentes de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), as quais fizeram parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na condição de coordenadoras e facilitadoras, doze estudantes bolsistas e voluntários que contribuíram na dinâmica de facilitação como também no planejamento das ações, três docentes que assumiram o papel de

supervisoras de todas as atividades do projeto de extensão. Todos trabalharam juntos na construção e execução da capacitação direcionada a um total de doze profissionais entre enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde e monitores, sendo cinco da CT e sete da ESF.

Os participantes do projeto de extensão, antes de dar início aos encontros do curso de capacitação, foram treinados em suas habilidades técnicas sobre o tema através do Centro Regional de Referência para formação permanente de profissionais da rede de atenção a usuários do Crack e outras drogas de Alagoas (CRR-AL), e em suas habilidades emocionais através dos encontros de supervisão consolidados em grupos terapêuticos para lidar com questões subjetivas que pudesse causar alguma dificuldade durante as abordagens individuais e em grupo.

Após o treinamento com os participantes do projeto de extensão, os mesmos tornaram-se os facilitadores do curso de capacitação: “Promovendo habilidades interpessoais para trabalhar com a temática drogas”, desenvolvido em duas etapas com as duas equipes multiprofissionais da CT e da ESF.

Cada encontro precedeu-se do planejamento participativo das atividades para cada dia correspondente. Foram utilizadas metodologias ativas, modalidade de grupos operativos, encontros de planejamento, processos avaliativos contínuos e oficinas terapêuticas. As residentes, enquanto coordenadoras e facilitadoras, tiveram suporte e apoio mútuo durante a capacitação dos graduandos de enfermagem envolvidos no projeto e supervisão direta das professoras da ESEN FAR/UFAL durante todo o processo.

A primeira etapa ocorreu ao longo de oito encontros realizados em sala de aula da própria ESEN FAR, sendo trabalhados conteúdos teórico-práticos a partir de aulas expositivas dialogadas, dinâmicas de grupo, discussão de vídeos, dentre outros. Os conteúdos teóricos escolhidos foram: acolhimento nos serviços de saúde, promoção à saúde com enfoque na saúde mental, trabalho com oficinas terapêuticas, uso dos instrumentos de triagem AUDIT (Teste de Identificação de Transtornos do Uso de Álcool) e ASSIST (Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Substâncias), intervenção breve, entrevista motivacional, estratégias de reabilitação psicossocial e Política de Redução de Danos. Ao final de cada encontro, com duração média de quatro horas, foi realizada avaliação das atividades realizadas.

Deste modo, as residentes e os estudantes foram distribuídos em duas frentes de trabalho. No mesmo instante em que uma equipe conduzia o trabalho em uma semana, no mesmo horário, a outra estava reunida fazendo o planejamento da semana seguinte em que preparava todo material com total autonomia no processo. Porém, o planejamento só era concluído quando a equipe que estava conduzindo o processo do encontro anterior repassava para a equipe seguinte as ocorrências e as necessidades emanadas da vivência.

A segunda etapa foi constituída de oficinas que ocorreram na sede dos próprios serviços de saúde integrantes do projeto, sendo as mesmas executadas pelos próprios

profissionais treinados previamente para lidar com as dinâmicas grupais na primeira etapa; a presença das residentes e alunos de graduação foi garantida, somente, com o intuito de acompanhamento dos profissionais. Sendo assim, nesta etapa, os profissionais foram estimulados a planejarem e realizarem oficinas terapêuticas de prevenção ao uso abusivo de álcool, crack e outras drogas na comunidade.

Para o adequado seguimento dos trabalhos, ao término de cada encontro, foi realizada a supervisão do dia com uma das professoras supervisoras do projeto. Nesse momento, era priorizado um espaço para a avaliação das atividades desenvolvidas, discussões das potencialidades, vulnerabilidades dos participantes do curso e a metodologia aplicada no encontro.

Utilizou-se da articulação dos dois serviços envolvidos no projeto, de forma interdisciplinar, e das metodologias ativas de aprendizagem para a produção de benefícios à população atendida. No contexto das novas tendências pedagógicas, a Metodologia Ativa é uma das possíveis estratégias, na qual o aluno é o protagonista central, corresponsabilizado pela sua trajetória educacional, e o professor apresenta-se como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem (REIBNITZ, PRADO, 2012). Desta forma, durante toda a capacitação foi valorizada a “voz” dos participantes e isso deu vaso a uma gama produtiva de troca de experiências e aprendizados significativos.

Durante o treinamento as vivências estimularam o desenvolvimento de habilidades para lidar com grupos operativos, além de abordar aspectos subjetivos envolvendo medos, tabus e estigmas. Também foram trabalhadas questões informativas e epidemiológicas relacionadas ao consumo de drogas; enquanto nas oficinas o foco abrangeu a prevenção ao uso de drogas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe que conduziu a capacitação desenvolveu habilidades e saberes, extremamente, significativos. Para as residentes, representou uma valiosa oportunidade de exercitar a capacidade de planejamento de ações educativas, ministração de aulas, facilitação de grupos, liderança em relação aos estudantes da graduação.

Destaca-se o desenvolvimento da capacidade de liderança com um elemento contributivo de muita potência para a condução de todas as atividades realizadas. Neste eixo norteador: “o líder deverá ver a sua organização como um todo, definir um planejamento estratégico possibilitando as condições de elaboração de metas, conduzir times de trabalhos, para consequentemente conquistar os objetivos organizacionais” (CORTEZ et al., 2009). A oportunidade de condução da capacitação foi ímpar neste sentido, pois a liderança das residentes em relação aos alunos de graduação, a execução de todos os planejamentos do curso, a divisão do trabalho entre a equipe até a conclusão de cada encontro, juntamente com a convivência e

troca de experiências com os profissionais, contribuiu para aquisição de habilidades profissionais e pessoais que jamais serão esquecidas.

Por diversas vezes o receio de não conseguir liderar os estudantes, preparar e ministrar as aulas e prover todas as demandas necessárias para o bom andamento do curso geraram sentimentos de ansiedade e insegurança diante do desconhecido. Ao mesmo tempo, o apoio e a presença das professoras supervisoras em todo o processo produziram sensações de conforto e segurança de que os objetivos seriam alcançados.

No tocante aos estudantes ocorreu participação significativa tanto nas atividades de planejamento quanto nas de execução das ações, com atribuições específicas em relação às temáticas desenvolvidas em cada encontro. Assim, efetivamente, após receberem treinamento, exercitaram o planejamento e a facilitação de grupos e atuaram como apoiadores nas atividades práticas realizadas pelos profissionais capacitados nos serviços escolhidos.

O trabalho em saúde centrado numa lógica horizontal, profissional-usuário, possibilitou o processo de aprendizagem das residentes e dos estudantes da graduação baseado nos quatro pilares da educação: “aprender a aprender”, “aprender a fazer”, “aprender a conviver” e “aprender a ser”, fundamental para compreensão do processo de agir sobre o meio, aprendendo a viver junto, participando e cooperando com os outros. E ainda compreendendo o ser como um todo que possui corpo e espírito com inteligência, sensibilidade, ética, responsabilidade pessoal e espiritualidade (SCHERER, SCHERER, 2014).

A visão holística de uma pessoa precisa ser incorporada às práticas de cuidado prestadas pelo enfermeiro. Estudos endossam que docentes tinham a percepção de que o cuidado de enfermagem desenvolvido requer não somente acolher o outro ser cuidado como singular, mas poder perceber também o estudante como ser singular e ambos se compreenderem como seres singulares, buscando acolher a unicidade na diversidade, o que demanda pensar também no contexto/ambiente dos seres humanos (PIEXAK, BACKES, SANTOS, 2013).

Neste sentido, a vivência da capacitação proporcionou a todos os seus participantes uma interação significativa, na qual todos eram respeitados e acolhidos em suas singularidades. Assim, todos detinham “voz ativa”, ou seja, a opinião individual era valorizada contribuindo para as benéfícias que a troca de experiências produz em cada ser humano. A capacitação partiu do princípio de que cada sujeito é singular e deve ser reconhecido, acolhido e compreendido em seu contexto cultural, e não apenas biológico.

Para incorporar uma postura acolhedora, os facilitadores da capacitação precisaram compreender o acolhimento como a promoção de uma assistência humanizada que permitisse maior acessibilidade aos serviços e aos profissionais reforçando cada vez mais a realização de uma escuta qualificada (CARDONA, 2013), sendo assim, esta conduta foi o pilar da relação interpessoal entre facilitadores e

participantes do curso, ratificando o respeito, a escuta e as livres expressões.

Esta forma acolhedora de conduzir um processo de formação, para aquisição de habilidades profissionais, levou os estudantes de enfermagem, bem como os residentes e os profissionais envolvidos no processo, a (re) pensar as estratégias de educação em saúde utilizadas quando o público alvo constituiu-se de pessoas que vivenciam ou vivenciaram o uso de drogas. Deste modo, além dos conteúdos teóricos abordados sobre drogas, a capacitação considerou aspectos relacionados à subjetividade humana, proporcionando aos participantes expressarem seus sentimentos de angústia e medo provocados pela inabilidade de lidarem com situações vulnerabilidades relacionadas ao uso de drogas.

Para as supervisoras, a experiência foi uma rica oportunidade de disponibilizar escuta qualificada aos estudantes e residentes, exercitar a reorientação do planejamento das ações a cada encontro, acompanhar as atividades dos profissionais capacitados nos serviços, oferecer suporte emocional e promover a constituição de vínculos entre todos os participantes, além de exercer a relação interpessoal com base na aceitação incondicional e empatia. A ideia era criar um ambiente de afetabilidade construído a cada encontro e ao longo de todos os encontros se produzia a construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de habilidades profissionais e pessoais (BRASIL, 2010).

A percepção de apoio e a sensação de ter todas as dúvidas findadas pelas supervisoras e até mesmo as oportunidades prévias de preparação para que desse suporte ao início do curso foram essenciais e motivadoras para levar os participantes a firmarem compromisso com a capacitação. Sentir-se motivadas em todo o processo do curso foi o resultado do uso de estratégias que proporcionaram tarefas desafiadoras e adequadas às habilidades dos facilitadores, pois todo desafio desequilibra e incentiva o trabalho mental e afugenta pensamentos de comparação que muitas vezes impedem o lançamento a experiências novas e ideias inéditas (MAIESKI, OLIVEIRA, BZUNECK, 2013).

A fim de favorecer continuamente as questões subjetivas dos profissionais bem como dos facilitadores do curso, dando voz ativa as suas opiniões para modificar seus paradigmas, uma questão pertinente a todos os encontros foi a utilização dos processos avaliativos, os quais foram executados tanto ao término de cada encontro, pelos residentes e estudantes, para colher o *feedback* dos profissionais participantes; quanto em outro momento posterior ao término do encontro, pelas supervisoras, no intuito de escutar todas as demandas dos facilitadores, em uma roda de conversa que provia a reflexão de posturas inadequadas e reforço de boas condutas. Deste modo favoreceu-se a construção de um ambiente fecundo para a troca e crescimento pessoal e profissional conjunto.

Estimular a livre expressão também é uma das ações pertinentes ao professor. A utilização de métodos que: propiciem ao estudante a oportunidade de escolha, provejam apoio para as ideias individuais e estilos pessoais de desempenho empregando

critérios controláveis de avaliação, enfatizem os resultados individuais em oposição a comparações, evidenciem o esforço, apresentem o erro como oportunidade de aprendizagem e oportunizem ao aluno repetidas chances de revisar o trabalho; passam a ser recursos imprescindíveis à mudanças de comportamentos favoráveis a uma adequada atuação profissional e convivência entre a equipe (MAIESKI, OLIVEIRA, BZUNECK, 2013).

Neste ínterim, os processos avaliativos cultivados e fomentados pelas supervisoras ofereceram a reflexão pessoal para os residentes e alunos de graduação, além de proporcionarem subsídios para o planejamento do encontro subsequente a fim de melhorar conceitos intrapessoais e intragrupais emergidos nos encontros. Em relação à experiência vivenciada pelos profissionais participantes da capacitação, estes participaram ativamente das discussões, expressaram que os temas trabalhados iriam contribuir para o aumento da qualidade da assistência, conseguiram planejar e executar adequadamente as oficinas propostas.

Enfatizou-se durante as discussões falas que evidenciaram a dificuldade sentida em lidar com as pessoas que fazem uso de drogas por receio do tráfico provocar alguma espécie de retaliação, somada a resistência ao atendimento a estas pessoas pelo estigma que esta população, infelizmente, ainda abarca.

Entretanto, durante alguns encontros da capacitação, estas questões foram trabalhadas e houve o despertar dos profissionais sobre os conceitos e padrões de uso das drogas, favorecendo a possíveis mudanças e rompimento de paradigmas. Portanto, estas demandas foram trabalhadas durante o curso num *continuum* despertar de novos olhares, ou seja, se é percebido que aquele usuário de drogas precisa de cuidados de saúde e é uma pessoa que detém todos os direitos como cidadão fica mais fácil a construção de vínculos e, possivelmente, a quebra de estigmas sociais. Por conseguinte, a dinâmica grupal e os vários momentos de escuta propiciados na capacitação geraram a possibilidade de construir conjuntamente estratégias para o enfrentamento do problema e a aquisição de habilidades pessoais e profissionais no lidar com o usuário em uso ou abuso nocivo de drogas (PAULA et al., 2012).

Um dos pontos em voga tanto para os profissionais da atenção básica quanto da Comunidade Terapêutica é que há uma necessidade contínua de aprimoramento no lidar com o usuário de drogas, pois, na maioria das vezes o profissional de saúde não é previamente preparado para assumir atividades com esta clientela, e deste modo, acabam por não desenvolver habilidades para trabalhar este fim. Tanto a pessoa que faz uso, como o profissional que o assiste acabam expostos a situações de preconceitos dificultando o apoio que poderia ser oferecido (VAZ, 2013).

Outro ponto crucial foi a discussão sobre a Política de Redução de Danos do Ministério da Saúde e o que ela sugere em relação a como os cuidados ofertados ao usuário de drogas deveriam ser executados. À medida que este conteúdo ia sendo abordado, percebia-se que os profissionais possuíam conceitos equivocados no tocante a esta política, concebidos sem o real aprofundamento e conhecimento da

proposta de Redução de Danos, definida como estratégia inteligente e eficiente para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas.

A política de Redução de Danos parte de uma realidade de dependência ou não que se impõe sem tentar negá-la ou modificá-la por discursos impositivos, morais ou éticos. Ao lidar com o dependente como um igual, abre-se uma porta e os profissionais de saúde logo descobrem que, através do vínculo, é possível despertar no outro o desejo de se cuidar. Assim, vislumbra-se uma atitude que faça emergir o respeito ao indivíduo e lhe ofereça meios acessíveis para a melhora de sua qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde (NIEL, 2008).

A postura ambivalente dos profissionais sobre a eficácia da política frente a “substituição de uma droga para com a outra” foi polêmica durante a capacitação. Para os profissionais existe um paradigma de que a melhor forma de “tratamento” é a abstinência total e que a redução de danos é eficiente somente quanto a aplicação em relação à educação sexual. A compreensão ambígua da redução de danos tornou-se mais evidente quando alguns profissionais expressaram referenciais teóricos inadequados sobre os tipos de drogas que causam dependência, como por exemplo, quando houve referência do álcool como droga menos nociva que as demais, acreditando-se que para tratá-la o esforço seria menor que o desprendido às drogas ilícitas.

Durante o curso observou-se que muitos profissionais não possuíam o conhecimento estatístico sobre o elevado índice de dependência que o álcool possui, levando-os a considerar somente as drogas ilícitas como capazes de causar dependência química. Esta percepção é nitidamente contestada pela discussão de alguns estudos, inclusive pelo I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras que evidencia o uso cada vez mais precoce da ingestão de bebida alcoólica, iniciando-se em mais de 50% dos universitários, antes dos 16 anos de idade, gerando em suas vidas muitos prejuízos sociais, legais e/ou de saúde (ANDRADE, DUARTE, OLIVEIRA, 2010).

Neste contexto, os prejuízos advindos do uso prejudicial do álcool sempre estiveram referendados como um problema extremamente grave em termos de Saúde Pública no Brasil (NOTO, et al., 2003).

Outro ponto levantado nas discussões foi o sentimento de frustração emanado pelos profissionais quanto à falta de garantia da continuidade da assistência ao usuário ou de uma rede que o insira na sociedade. Nesta linha de pensamento, trabalhadores sentem-se incapazes de auxiliarem essas pessoas que fazem ou fizeram uso de drogas a se integrarem no mercado de trabalho ou mesmo em sua própria família, pois a articulação entre os serviços é falha e a continuidade da assistência fica comprometida gerando sentimentos de frustração (DIAS, 2011).

Ao que se refere à experiência vivenciada nas duas ocasiões em que foi destinada a parte prática do curso configurada por oficinas terapêuticas destinadas a comunidade, tornou-se perceptível a carência das pessoas acompanhadas pelos dois

serviços (atenção básica e comunidade terapêutica) em participarem de momentos como estes. Na fase de desenvolvimento das oficinas o foco sempre era retomado com construções ímpares pertinentes a problemática envolvida. As mesmas oficinas foram realizadas nas duas instituições, em uma foi abordado o tema tabagismo x qualidade de vida e na outra foi passado um vídeo relacionado ao uso nocivo das drogas e prejuízos causados na vida das pessoas. Ambas as oficinas eram abertas para esclarecimentos de dúvidas e explanação de ideias.

Na atenção básica falar sobre drogas causou certo desconforto inicial para os ouvintes, pois a região é permeada de casos difíceis relacionados ao tráfico de drogas. Se o estigma que envolve usuários de drogas for conhecido, os “normais” tendem a ver sua liberdade como uma constante ameaça à ordem, situação capaz de alterar intimamente seu relacionamento com a sociedade (LIMA, OLIVEIRA, WILRICH, 2012). Assim, apesar de ter sido relatado esta dificuldade pelos participantes da oficina, no decorrer dos acontecimentos, a troca de experiências favoreceu ao diálogo e a superação destas barreiras. Também se percebeu ao ser abordado a temática do tabagismo x qualidade de vida que o exemplo de sucesso de uma pessoa contribuiu para o aumento da motivação de outra para conseguir vencer o vício.

Já na Comunidade Terapêutica o diálogo sobre drogas fluiu bem mais tranquilo, pois são pessoas que já estão inseridas neste contexto há muito tempo e que estão ali pleiteando melhora. O que foi percebido é o próprio desconhecimento dos malefícios que o uso indiscriminado de drogas pode causar na saúde das pessoas. Também foi adentrado nas questões sociais e emocionais destas pessoas, ou seja, seus medos, inseguranças, anseios no que tange a conseguir (re) direcionar suas vidas depois de todas as perdas que o envolvimento com as drogas lhe causou.

As oficinas foram emocionantes e trouxeram à tona quesitos que trabalharam a subjetividade de cada um, favorecendo para reflexão de novas possibilidades e talvez até contribuindo para novas tomadas de decisão em relação ao que a vida pode oferecer para as pessoas quando se fazem as escolhas certas na vida. Todos os questionamentos dos usuários foram esclarecidos, o que emanou sentimentos de segurança. Foi relatado que momentos como este deveriam ser repetidos, pois traziam informações importantes sobre a temática drogas, o que favoreceria a um constante (re) pensar sobre atitudes neste contexto.

Foi percebido que surgiram sentimentos capazes de subsidiar a motivação para busca de uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, infere-se a importância das oficinas terapêuticas na promoção e prevenção ao uso da droga, bem como no cuidado às pessoas que fazem uso, proporcionando espaço de construção compartilhada de saberes com vistas a reabilitação psicossocial e reinserção social. Estudos afirmam que as oficinas são capazes de resgatar lembranças, provocar sensações, desenvolver a criatividade, propiciar relações, fortalecer laços afetivos e promover habilidades, as quais são competências importantes no processo terapêutico para a superação de dificuldades (LIMA, OLIVEIRA, WILRICH, 2012).

A impressão que se teve é que os assuntos abordados nas oficinas nunca são esgotados e que sempre há o que se debater, o que se informar e o que se construir para a promoção conjunta de um cuidado amplo dando vistas a reabilitação psicossocial do usuário.

A portaria ministerial número 3088 de 2011 define que a Rede de Atenção Psicossocial deve promover a reabilitação e reinserção da população que faz uso nocivo e/ou abusivo de drogas, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde e articulações intersetoriais (BRASIL, 2013). Neste aspecto, cursos como estes espalhados por todas as universidades federais e estaduais, sendo utilizados de forma ampla pelo Brasil e pelo mundo, sem sombra de dúvidas, seria um ganho significativo para esta população tão sofrida e estigmatizada.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência proporcionou um enorme aprendizado e ambiente de trocas mútuas tanto para os profissionais de saúde quanto para os alunos de graduação em enfermagem e enfermeiros residentes envolvidos no projeto. Reitera-se a grande força que a dinâmica grupal fornece como subsidio que corrobora de forma profícua para aquisição de habilidades e produção de competências para o trabalho com promoção, prevenção ao uso de drogas, e reabilitação destas pessoas.

O curso desde o início fomentou a intersetorialidade, uma vez que uniram estudantes de graduação em enfermagem, enfermeiros residentes em Saúde Mental e Psiquiatria, professores da UFAL e profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família e uma Comunidade Terapêutica. Neste sentido a extensão já foi audaciosa, ousando e buscando a articulação de serviços ao aproximar relações intersetoriais. Neste contexto, a intersetorialidade estabelece modos de organizar serviços e setores com intuito de aproximá-los das reais necessidades dos usuários, de forma a propiciar o cuidado com o compartilhamento de responsabilidades.

Assim, a capacitação contribuiu para aproximação e troca de experiências entre serviços que cuidam de uma mesma população, porém com enfoques diferenciados e isso propiciou um (re)pensar em ações de cuidado que poderiam não ter sido pensadas anteriormente. Deste modo, algumas implicações da experiência ressaltaram a importância da qualificação dos profissionais da saúde em serviço no que tange à humanização da intervenção com os usuários de drogas, através do acolhimento, engajamento e articulação com os serviços que permitem ao indivíduo reconhecer-se como sujeito e se engajar na própria reabilitação e reinserção social.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. (Org.). **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 maio 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> acesso: 16 de dez de 2013.
- CARLINI, E. A. et. al (Org.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 473 p., 2006.
- CARDONA, H.E.H. **Gerenciamento de caso em usuários de crack**: contribuições para o tratamento e qualificação da intervenção profissional de um caps-ad do DF. 2013, 107 f. **Dissertação** (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade Brasília, DF, 2013.
- CORTEZ, E., DA SILVA, I., LOPES, F., DA SILVEIRA, M., MOURA, P., DOS SANTOS, R. Liderança: O Desafio Das Enfermeiras Recém-Formadas. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental On line**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 74-84, mai./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/291/278>>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- DIAS, I. M. T. Estigma e ressocialização - uma análise sobre direitos humanos e a reintegração de adolescentes em conflito com a lei. **Videre**, Dourados, MS, v. 3, n. 6, p. 87-109, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/124730/estigma_ressocializacao_analise_dias.pdf>. Acesso em em: 18 nov. 2018.
- LIMA, F.; OLIVEIRA, M.; WILRICH, J. Relato de experiência - a arte como instrumento de reinserção social. **Journal of Nursing and Health**, América do Norte, 215 05 2013.
- MAIESKI, S., OLIVEIRA, K. L., BZUNECK, J. A. Motivação para aprender: o autorrelato de professores brasileiros e chilenos. **Psico-USF**, Itatiba, SP, v. 18, n. 1, p. 53-64, abr. 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- NIEL, M., SILVEIRA, D.X. (Org.). **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de Saúde. São Paulo, UNIFESP, 2008.
- NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.A.; MOURA,Y.G.; CARLINI, E.A (Org.). **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 246 p. 2004.
- PAULA, C.C., PADOIN, S.M.M., LANGENDORF, T.F., MUTTI, C.F., HOFFMANN, I.C., VALADÃO, M.C. Acompanhamento ambulatorial de crianças que tem HIV/AIDS: cuidado centrado na criança e na família. **Cienc Cuid Saude**: revista da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, v. 11, n. 3, p.196 – 201, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18878/pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

PIEXAK, D. R.; VOLTA, D. S.; SANTOS, Silvana, S. C. O cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade para os docentes de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 46-53, junho de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de nov. 2018.

REIBNITZ, K.S., PRADO, M.L. **Inovação e educação em enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

SCHERER, Z. A. P., SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 985-993, ago. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400029&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 18 nov. 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2012.** United Nations publication, Austrália: Sales, N. E.12.XI.1.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2013.** United Nations publication. Austrália: Sales, N. E.13.XI.6.

CAPÍTULO 3

A IDENTIDADE SOCIAL DA ENFERMAGEM E AS INTERFACES COM A DECISÃO PROFISSIONAL DO ACADÊMICO

Emilia Conceição Gonçalves dos Santos

Professora da disciplina de Enfermagem em Unidades de Maior Complexidade. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ.

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Professora Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, EEAAC/UFF.
Niterói, RJ.

Claudia Maria Messias

Professora Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. EEAAC/UFF.
Niterói, RJ.

Caroline Brelaz Chaves Valois

Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM). Manaus, AM.

Yasmin Saba de Almeida

Graduada em Enfermagem pela EEAAC/UFF.
Niterói, RJ.

Ângela do Couto Capetini

Graduada em Enfermagem pela EEAAC/UFF.
Niterói, RJ.

Joana Maria Silva Firmino.

Graduada em Enfermagem pela EEAAC/UFF.
Niterói, RJ.

Viviani Bento Costa Barros da Rocha

Graduada em Enfermagem pela EEAAC/UFF.
Niterói, RJ.

RESUMO: **Objetivos:** Compreender as implicações da imagem da Enfermagem pela sociedade no processo de decisão profissional. Descrever a concepção dos graduandos de Enfermagem quanto às influências da configuração identitária da profissão. Analisar como a identidade social da Enfermagem influencia no processo de decisão profissional.

Metodologia: abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, de campo. Teve como participantes 25 graduandos de Enfermagem do quinto período. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro semi-estruturado e realizada a análise temática de conteúdo. Claude Dubar foi eleito para referencial teórico.

Resultados e discussão: foram elaboradas quatro categorias temáticas que emergiram dos discursos, por meio de 117 unidades de registro: 1- O ser enfermeiro: identidade para si. Categoria 2- A opção pela Enfermagem: caminhos e descaminhos da escolha profissional. Categoria 3- A reação da família/ amigos: identidade para o outro. Categoria 4- Projetando o futuro profissional. **Conclusão:** Os graduandos trazem consigo interpretações do que é *ser enfermeiro*, a partir de suas vivências e experiências, consubstanciadas com o que a sociedade pensa a respeito da figura do enfermeiro. A escolha pela Enfermagem se dá por inúmeros caminhos, que se interligam e tornaram a Enfermagem parte fundamental da

vida desses estudantes. A multifatoriedade percebida neste estudo encontrou respaldo na literatura científica e apuram-se paradigmas da Enfermagem historicamente alicerçados, veiculados e condensados nas abstrações sociais.

PALAVRAS-CHAVE: identidade própria, autoimagem, papel do profissional de Enfermagem, papel do enfermeiro, escolha da profissão.

ABSTRACT: Objective: This study aim to understand implications of Nursing image by society in the student's decision-making process. Identify the students' conception of the influences of the identity configuration of the profession. Analyze how the conception about the social identity of Nursing has repercussions in the academic's professional decision process. Methods: qualitative, exploratory-descriptive. Subjects: Nursing students. Theoretical reference: Sociologist Claude Dubar. Instrument: semi-structured questionnaire. Data analysis: thematic analysis of content. Results: thematic categories: 1- Being a nurse: identity for yourself. 2- The option for Nursing: the journey and paths of professional choose. 3 - The reaction of family and friends to Nursing: identity for the other. 4 - Designing the professional future. Conclusions: Students interpretations of what it is to be a nurse come from life's experiences and society's thinking about that figure. The choice for Nursing takes place through innumerable interrelated paths and has variables, establishing paradigms and allegories of Nursing historically grounded, conveyed and condensed in social abstractions.

KEYWORDS: self-image, nurse's role; career choice.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem pode ser definida como ciência humana, de pessoas com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem as áreas de saúde e doenças. As ações de Enfermagem ocorrem através de relacionamentos pessoais, profissionais, científicos, estéticos, éticos e políticos (LIMA, 2005).

O desenvolvimento da Enfermagem, ao longo dos anos, nos mostra uma trajetória de lutas por espaço e reconhecimento profissional. Muitas foram e ainda são as dificuldades enfrentadas pela profissão no que tange à construção de um saber específico que confira científicidade às suas ações e visibilidade social. A imagem profissional remete à própria identidade profissional em sua intrincada rede de significados, que se pretendem exclusivos e, portanto, inerentes àquela profissão e se consubstancia, assim, na própria representação da identidade profissional, que é em si um fenômeno histórico, social e político (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011, p.248).

A trajetória da Enfermagem trás consigo, diversos estigmas e preconceitos que são reforçados pelo fato de que, além de ser uma profissão de desempenho eminentemente manual, carrega ainda a fragilidade de, em todos os tempos, ter sido exercida por mulheres, sendo considerada, portanto, como um trabalho socialmente

desvalorizado (OGUISSO; FREITAS, 2015).

As práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase de empirismo (em que as coisas se faziam por tentativa e erro, sem nenhum fundamento científico, mas sim com base na experiência de quem ministrava os cuidados). Essas ações permaneceram por muitos séculos desenvolvidas nos templos, que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados (BORENSTEIN; SANTOS; PADILHA, 2011).

Apresenta pertinência o supramencionado visto que o cuidar do ser humano enquanto um dos condicionantes da manutenção da vida, sempre pertenceu às mulheres, desde as eras pré-patriarcais até o momento atual, pois estas eram identificadas à natureza, com a sua manutenção e recuperação, portanto, o cuidar devia pertencer a quem incorporasse em si a própria natureza (PORTO; AMORIM, 2012).

No início do Cristianismo, com a pregação de princípios como fraternidade, caridade e auto-sacrifício, os agentes de Enfermagem, geralmente eram pessoas ligadas à Igreja, os quais acreditavam que "atendendo aos pobres e enfermos estariam salvando a sua alma" (GEOVANINI et al, 2010 p.130).

As cruzadas, vistas como a expressão máxima do Imperialismo Medieval, trouxeram resultados significativos para a Enfermagem como a fundação de hospitais para o atendimento dos peregrinos e o surgimento de ordens militares de Enfermagem, as quais vieram a reforçar ideais de ordem, disciplina e obediência daquela prática (OGUISSO; FREITAS, 2015).

Ao final da Idade Média, a Enfermagem não estava subordinada, nem relacionada à prática médica, importava-se com a salvação do paciente e a de seus próprios agentes; a medicina ligava-se ao corpo do doente e à sua doença e estava destinada a curar. O Renascimento, as mudanças na estrutura social, a Reforma e outras, influenciaram o trabalho de Enfermagem em relação a seus agentes, que cada vez menos, era exercido pelos religiosos. "Inicia-se a laicização do cuidado de Enfermagem" (GEOVANINI et al., 2010 p. 137).

Por outro lado, a prática de saúde, antes mística e sacerdotal (inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã), passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia do corpo humano. Essa prática individualista volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis. Este período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, que propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos

místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de Enfermagem nesta época (PORTO; AMORIM, 2012).

As práticas de saúde medievais focalizavam a influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medieval e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o Cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados a aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (BORENSTEIN; SANTOS; PADILHA, 2011).

As práticas de saúde pós-monásticas, evidenciam a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem (GEOVANINI et al., 2010). Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos (OGUISSO; FREITAS, 2015).

Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de Enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de classe social elevada. Esta fase, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais (PORTO; AMORIM, 2012).

Para Geovanini et al., (2010), as práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a óptica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI que termina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX. Até meados do século XIX, era praticamente nula a assistência aos enfermos nos hospitais, onde a insalubridade aumentava ainda mais o número de mortos. Em 1854, Florence Nightingale seguiu para a Guerra da Criméia, instalando em dois hospitais o seu serviço, prestando atendimento a quatro mil feridos. Florence ficou conhecida como a **Dama da Lâmpada**, pois com uma lamaripa na

mão ela percorria a enfermaria a noite. Com seu trabalho, Florence lançou as bases da Enfermagem moderna.

Desta forma, no início do século XIX, toma lugar o paradigma cientificista na tentativa de superar a concepção mágico-religiosa vigente até então. Nesse período, surge, no campo da Enfermagem, Florence Nightingale, que sistematiza um campo de conhecimentos, instituindo uma nova arte e nova ciência para a qual é preciso uma educação formal, organizada com bases científicas. Como arte, a Enfermagem consiste no cuidar de seres humanos sadios e doentes cujas ações tem por base princípios científicos e administrativos e, como ciência, a Enfermagem fundamenta-se no estudo e na compreensão das leis da vida. Assim, da arte e da ciência da Enfermagem emergem suas ações que são entendidas como cuidar-educar-pesquisar, as quais estão interligadas e compõem as dimensões da atuação dos enfermeiros (SILVA, 1995). Contudo, o modelo *nightingaleano*, marco inaugural da Enfermagem moderna, também instituiu a hierarquização do trabalho, gerando, com isso, a dicotomia entre trabalho manual (fazer) e trabalho intelectual (saber) na profissão. A concepção da Enfermagem como sendo uma profissão cujo conhecimento é estruturado em um fazer eminentemente prático ainda predomina, entretanto com significativos movimentos de mudança. O lugar hoje ocupado pela Enfermagem como campo essencialmente prático parece não contemplar os anseios da categoria e como tentativa para superar esse lugar, busca-se a compreensão da genealogia da profissão bem como a problematização de sua prática social e de seu objeto de trabalho (DAHER; ESPIRITO SANTO; ESCUDEIRO, 2002).

A prática de cuidar como habilidade exclusiva ou predominantemente feminina é uma construção social, histórica e cultural cuja origem e constante atualização devem-se às diferentes instituições, em especial às instituições família e escola. Esta concepção é reflexo da divisão social e sexual do trabalho, pois a sociedade delimita com bastante precisão os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem (SAFFIOTTI, 2013).

O mundo social imprime nos sujeitos um modo de ser e de estar no mundo e este é diferenciado para homens e mulheres e ao analisar os sistemas de ensino, é apontado que a escola produz e inculca *habitus* específicos, propiciando aos que estão direta ou indiretamente a ela ligados, esquemas particulares de pensamento e de ação, que serão adotados em campos diferentes (BOURDIEU, 2015). Desta feita, infere-se que a sociedade imprime ou inculca na mulher um conjunto de valores que lhe confere uma performance específica.

Ao referir-me inicialmente à identidade social da Enfermeira, recorro aos escritos de Daher (2000), que, sob uma abordagem antropológica, realizou uma etnografia sobre a construção social da identidade do enfermeiro, demonstrando a persistência e penetração de um modelo vocacional também denominado cristão-histórico, estruturado num sustentáculo de cunho moral o qual, escondido sob o “modelo profissional” aparentemente hegemônico, na verdade preside o processo de formação

de novos enfermeiros e dá sentido à sua prática profissional.

Florence estabeleceu princípios constitutivos que determinam a construção da identidade do enfermeiro, e, mesmo não estando esses princípios formalmente instituídos nas escolas, por meio de conteúdos, os enfermeiros ainda recorrem a eles para justificar sua prática profissional. Os princípios apregoados por Florence representam coletivamente o enfermeiro como um profissional dedicado, solidário, fraternal, compreensivo e, acima de tudo, caridoso (PASCHOAL, 2004). Daher (2000) refere que, para Florence, o enfermeiro era o profissional que devia ter conhecimento e preparo específicos, mas devia assumir a profissão como ‘missão’, com total dedicação aos doentes, com o espírito religioso de servir. Nesse sentido, a versão passada pela história da Enfermagem é a de que os enfermeiros adotaram como princípio norteador da profissão, durante séculos, o trabalho caritativo realizado exclusivamente por mulheres e controlado pela igreja. Todavia, a Enfermagem pós-*nightingaliana* ou Enfermagem profissional tenta ultrapassar o estigma social que recai sobre a profissão, adotando princípios científicos e recrutando jovens mulheres de classes sociais reconhecidas. Apesar disso, o modelo cristão-histórico-feminino e o modelo vocacional continuam presentes, não cedendo espaço para o modelo profissional (PASCHOAL, 2004). Dessa forma, até este período histórico, não houve elaboração de meios de trabalho voltados ao cuidado de Enfermagem, mas sim às práticas ideológicas, técnicas disciplinares, o que atribui ao trabalho de Enfermagem uma hierarquia de poder, objetivando auxiliar o trabalho médico na cura dos doentes (DAHER, 2000).

A transposição desses modelos para um modelo profissional moderno ocorreu com o início do desenvolvimento do saber de Enfermagem focado no cuidado. Esse modelo tenta marcar seu lugar nas últimas décadas. A organização dos princípios científicos que norteiam a prática de Enfermagem, que até então era vista como não-científica, baseada apenas na intuição, possibilitou uma prestação de cuidados prescritos, para satisfazer as necessidades biopsicossociais dos pacientes, fundamentados cientificamente, com base, sobretudo, nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e nas ciências sociais. Então, o saber da Enfermagem construiu-se sob o saber da medicina e de outras áreas do conhecimento, tentando obter o embasamento necessário ao desenvolvimento de sua prática, iniciando, assim, a dimensão do trabalho intelectual (PASCHOAL, 2004). Desta feita, sua identidade confronta-se com múltiplas possibilidades, gerando incertezas e questionamentos.

Ao longo do processo de formação da Enfermeira, percorre-se uma trajetória vincada por momentos bastante singulares. O estudante quando chega a Faculdade de Enfermagem alberga categorias apreendidas em diferentes instituições sociais onde preliminarmente foram desenvolvidas.

O estigma em relação a Enfermagem e em específico em relação a Enfermeira é social e familiar. Outrossim, chegam a Escola com os mais variados estereótipos. Num primeiro momento, no Ciclo Básico, convivem num ambiente onde a maioria

dos seus professores e monitores não são enfermeiros, num ambiente tomado por discriminações que reforçam e atualizam tais estereótipos. Entretanto, no momento em que o acadêmico passa ao ciclo profissional, depara-se com um ambiente onde procura-se combater todos os modelos previamente inculcados. Não obstante, passa pela experiência que Foucault (2014, p.75) denomina de “disciplinarização de mentes e corpos”.

Na Faculdade de Enfermagem o graduando torna-se Enfermeiro resultando na aquisição de habilidades técnicas e características morais. Há constante *inclusão de hábitos*, conforme termo cunhado por Bourdieu (2015), a qual se faz presente nessa fase de formação, por meio de aulas, palestras, cerimônias e rituais originando o Modelo Vocacional. Contudo, no desenvolvimento da graduação, os acadêmicos se defrontam com outros colegas, professores e enfermeiros que apresentam conjuntos de valores e ideias as quais acabam por ir de encontro a tal paradigma. Vislumbra-se a alternativa do Modelo Profissional Moderno com base na qualificação e na competência. Portanto, há existência paralela desses padrões cotidianamente. Muitas vezes os alunos omitem ou negam o modelo vocacional e é ambígua a posição das Escolas de Enfermagem, pois na mesma medida em que apregoam uma Enfermagem científica, não conseguem distanciar-se efetivamente do Modelo Vocacional, determinando origem de conflitos e crise de sua identidade (DAHER, 2000, p.127).

A autora supracitada conclui que as faculdades de Enfermagem transmitem para os estudantes uma imagem idealista da Enfermagem como profissão autônoma, moderna, valorizada e imprescindível para a saúde, porém permanece mantendo a chama do Modelo Vocacional fortemente atrelada à formação.

Num estudo comparativo acerca da escolha profissional entre enfermeiras peruanas e brasileiras, constatou-se nas falas das enfermeiras brasileiras emergiram com maior frequência a imagens servil e vocacional, enquanto que, nas falas das enfermeiras peruanas, a imagem profissional foi ressaltada (RIBEIRO et al., 2006).

Todavia, a sociedade continua a visibilizar o Enfermeiro como auxiliar, não reconhecido e desvalorizado. Ao tornar-se egressa, a enfermeira literalmente desencastela-se e descobre o externo à faculdade: estereótipos, desvalorização sócio-profissional. À vista disso, o Modelo Profissional Moderno é uma das tentativas, surgidas no grupo social, o qual poderia deflagrar a senda da mudança (DAHER, 2000, p.128).

Em outra pesquisa, Oliveira (2006), refere que no aspecto filosófico, a construção da identidade é cultural por considerar o feixe de representações, de símbolos, de imaginário, de atitudes e referências suscetível ao corpo social. Ao mesmo tempo, encaminha-nos para refletir sobre um tema de magno interesse nos dias atuais, o processo de formação acadêmica e de trabalho em Enfermagem, conforme os requisitos de transformação qualitativa da assistência à saúde, concebida a partir da compreensão do lugar social das enfermeiras e da identidade que elas vão construindo ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional (...) a construção da identidade profissional

da enfermeira é um movimento dinâmico, que faz parte de um contexto sociocultural, histórico e econômico, que envolve mudanças estruturais, como processos centrais na forma de agir e pensar de uma sociedade (OLIVEIRA, 2002).

Em 2002, Oliveira realizou em seus estudos de doutorado ampla pesquisa acerca dessa temática, apontando a importância da mesma. Há uma prática habitual da população de designar como enfermeira qualquer pessoa vestida de branco que esteja atendendo nas instituições de saúde, se não for médico. Essa prática certamente apresenta reflexos nas representações, na autoimagem e na auto (des)valorização das profissionais acerca de seu trabalho e função social.

Fenômeno similar também ocorre com outros profissionais, tais como professores, assistentes sociais, entre outros. “A passagem pelos espelhos” foi a metáfora utilizada nesse estudo que teve como objetivos analisar a construção da identidade profissional da enfermeira, a partir de suas representações sociais sobre três períodos distintos: o anterior ao ingresso na universidade, durante a formação e após a graduação, bem como discutir os processos de construção/desconstrução/reconstrução de sua identidade profissional. O primeiro espelho corresponde ao período anterior à entrada na universidade e revela que a construção da identidade profissional se inicia simultaneamente à construção da identidade juvenil. No segundo espelho, as enfermeiras explicitaram a construção da identidade de resistência, e na passagem pelo terceiro espelho se destacaram as questões práticas do cotidiano da Enfermagem, tais como a qualificação, autonomia e reconhecimento profissional (OLIVEIRA, 2002; OLIVEIRA, 2006).

Cumpre ressaltar, conforme que a identidade profissional mantém interfaces com elementos de poder, política, filosofia, arte, pois que sua construção ocorre na sociedade. Numa visão cultural, seu reconhecimento está ligado a valores morais, éticos, religiosos, de raça ou povos. Seu valor é referente à importância que assume para a sociedade. Observamos assim que, ao estudar a identidade profissional, estaremos contribuindo para uma melhor compreensão de como as relações e os movimentos sociais acontecem no cotidiano (OLIVEIRA, 2006).

Neste navegar, percebemos que algumas enfermeiras sentiram a chamada divina para ajudar o próximo. Outras ingressaram no curso, motivadas pela percepção da vocação para trabalhar com os doentes no hospital, pois sentiram que deviam respeitar sua própria vocação. Ainda, houve as que procuraram a Enfermagem por ser uma das poucas opções de curso em suas cidades, pela possibilidade de conseguirem emprego com brevidade e por não terem sido aprovadas em outros vestibulares (RIBEIRO et al., 2006).

As investigações sobre o processo de construção de identidade profissional, de acordo com Oliveira (2006), precisam envolver, simultaneamente, uma reflexão cuidadosa sobre o lugar do indivíduo, no contexto dos movimentos sociais, segundo o enfoque político e cultural, entendido como o espaço de relações de poder. Do ponto de vista sociológico, podemos considerar que toda e qualquer identidade é construída

socialmente.

A principal questão, na verdade, diz respeito “a como”, “a partir de que”, “por quem”, e “para que” isso acontece. Em linhas gerais, o conteúdo simbólico, imagens visuais e mentais, de uma identidade depende de quem a constrói e para que é construída. Indivíduos, grupos sociais e sociedades reorganizam seu significado em função de tendências sociais e projetos culturais enraizados em determinada estrutura social, que define certa visão de tempo e espaço, hegemonicamente. Oliveira (2006, p.152) conclui que a construção da identidade profissional da enfermeira é um processo dinâmico que (...) desloca seu eixo principal para a auto-identificação, a intersubjetividade da ação humana, em função da saúde e do bem-estar social, da liberdade de expressão e da preservação do equilíbrio ecológico.

Desta maneira, os objetivos desta investigação foram: Compreender as implicações da imagem da Enfermagem pela sociedade no processo de decisão profissional do acadêmico. Identificar a concepção dos graduandos de Enfermagem quanto às influências da configuração identitária da profissão. Analisar como a concepção sobre a identidade social da Enfermagem repercute no processo de decisão profissional do acadêmico.

A motivação para realização deste estudo tem sua gênese nas minhas vivências a partir de acadêmica de Enfermagem, onde percebia indefinida a pessoa da Enfermeira. Nesse período estive diante de situações de processo ensino-aprendizagem em que não se evidenciavam somente questões de currículo e conteúdo, mas sim, relações e ocorrências em que percebia a mim e a Enfermagem como um todo, como sujeitos a juízos de valor, pré-conceitos e discriminações.

Percebia que os conteúdos da maioria das unidades curriculares consideradas básicas, geralmente pertencentes ao Instituto Biomédico eram ministrados de forma superficial e rapidamente, cujos docentes estimulavam nos acadêmicos a repetição mecânica de saberes que deveriam ser compreendidos e sem qualquer tipo de relação clara com as Ciências de Enfermagem. Lia textos e me identificava neles: “Há discriminação com relação às turmas de Enfermagem do ciclo básico e este parece ser um dos problemas que a Reforma Universitária não conseguiu superar. ‘Nas aulas de Anatomia, entendeu? O pessoal de Enfermagem nunca precisava de muito porque era Enfermagem’ ... ”(MIRANDA; SAUTHIER, 1989).

Observava que havia certo desinteresse dos professores do Instituto Biomédico em lecionar para os graduandos de Enfermagem e quando algum colega realizava indagações, no sentido de ampliar o que estes docentes estavam ensinando, as respostas eram vagas, imprecisas ou simplesmente réplicas que caracterizavam a impressão de que estes professores não consideravam que fossem necessárias magnas exegeses de conhecimentos biológicos para os acadêmicos de Enfermagem.

As contradições da prática profissional que permeiam o pensar/fazer, a teoria/prática e o cuidar/administrar, não são explicitadas nem enfrentadas durante o processo de formação o que reforça a divisão técnica e social do trabalho e favorece a crise de

identidade: “[...]. Tem aula que é aquela coisa: Chegou, falou um pouquinho e pronto! [...] Acho que a faculdade tem que investir em profissionais mais capacitados. [...] Algumas cadeiras não atenderam às minhas expectativas [...] não foram bem dadas” (SOUZA JÚNIOR et al., 2003).

Na minha percepção da época, aqueles professores não investiam nesse alunado porque viam a Enfermagem como uma profissão menor, desprovida de prestígio e valor social. Eles, os professores, desconheciam a identidade da Enfermagem e do Enfermeiro. E na maior parte das situações os próprios alunos também. Quando passei por experiências relativamente a monitorias em disciplinas básicas, era vista com estranheza por alguns acadêmicos da área da saúde e até indignação quando estavam frente a uma acadêmica de Enfermagem em laboratórios de Microbiologia, Genética e Anatomia. Ao questionar discrepâncias e metodologias aplicadas no ensino e avaliação de acadêmicos de Enfermagem em Patologia e Anatomia no que se refere a assertivas de meu próprio aprendizado, fui posta em prova mais de uma vez, tornando evidente para mim que a sujeição do alunado de Enfermagem era esperada por esses professores.

Na Residência em Enfermagem Clínico-Cirúrgica e como enfermeira plantonista em hospital público, inserida nas problemáticas do sistema de saúde e na docência, percebi que havia discursos semelhantes à experiência que havia tido. Repetidamente os acadêmicos de Enfermagem referiam sentimentos de inferioridade e discriminação que influenciavam em sua motivação para estudar, crescer, desenvolver e permanecer na Enfermagem.

Para fundamentar a justificativa, foi realizado preliminarmente um levantamento online no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem - CEPEn, por sua vez criado em 17 de julho de 1971 e destinado a incentivar o desenvolvimento e a divulgação da pesquisa em Enfermagem, organizar e preservar documentos históricos da profissão. Possui, em seu acervo, o maior banco de teses e dissertações na área de Enfermagem no Brasil. Buscando no arco temporal de 2001 a 2014 foi constatado que o total de pesquisas acadêmicas nesse período foi de 7.369. Dessas, 11 apresentavam o termo “identidade” em seu título. Três utilizavam o referencial teórico proposto nesta investigação.

A relevância dessa investigação decorre das recorrências presentes em periódicos acerca do estudo desta temática, demonstrando constituir-se uma discussão atual. Nestes termos, faz-se necessário repensar as constituições identitárias da Enfermagem que repercutem na formação da identidade profissional do Enfermeiro. Além disso, é prioridade na agenda brasileira de pesquisa a formação dos profissionais de saúde em consonância com as exigências da atualidade, advindas com as Diretrizes Curriculares Brasileiras de 2001.

O ensino em Enfermagem é fortemente relacionado à formação da identidade profissional e social do Enfermeiro, de acordo com o que nos ensina Daher (2000). Assim, visualizo esta pesquisa como um instrumento para reconhecimento das forças

presentes nos processos de ensino e como colaboração para construção de um currículo de Enfermagem em conformidade com as necessidades reais, buscando, em longo prazo, uma melhor inserção da Enfermagem na Universidade e na sociedade.

No que tange a prática assistencial, os resultados desse estudo poderão contribuir não somente para os professores, mas também para os enfermeiros relativamente à reflexão quanto a práxis de Enfermagem, no sentido de procurar desenvolver nos formandos de Enfermagem, perfis ativos, críticos e reflexivos, em vista de uma Enfermagem com autonomia e reconhecimento social.

No estado da arte, os estudos selecionados trazem sobre esta tônica achados bastante interessantes, bem como alguns hiatos. Dos periódicos analisados, o com maior percentual de artigos sobre a identidade profissional/social da enfermeira foi a Revista Brasileira de Enfermagem, o órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). É o mais antigo periódico da Enfermagem brasileira e sua missão é divulgar a produção científica das diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Tal periódico contribui para nossa amostra com 3 artigos (27,7).

A seguir, temos a Revista Latino Americana (EERP-USP) de Enfermagem e a Acta Paulista (EPE-UNIFESP), com 2 (13,3%) artigos cada. As demais revistas científicas como Texto e Contexto em Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista da Escola de Enfermagem das UERJ e Nursing aparecem com 1 artigo cada (36,6 %) da produção na área de busca desta revisão. Quanto às dissertações e teses também observa-se preponderância de publicações paulistas, posto que das 4 investigações acadêmicas, 3 pertenciam a USP e 1 a ENSP-FIOCRUZ.

No que se refere as bases de dados, a maior parte das publicações foi localizada no LILACS, a saber, (9; 60%). O LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina. Em seguida, a Base de Dados de Enfermagem, BDENF (2).

Se o foco de análise é o objeto ou objetivo das pesquisas antepostas, constatou-se que dos 11 artigos em língua portuguesa, 5 (45,4%) referem-se a pesquisar o processo de construção, percepção ou significado da identidade da Enfermagem ou do enfermeiro. Se incluir nesta análise os trabalhos acadêmicos (dissertações ou teses), este valor absoluto sobe para 6, entretanto, com o aumento quali-quantitativo dos trabalhos, o valor relativo seria de 40% referentes à pesquisas em torno do cerne identidade Enfermagem/enfermeiro.

Próximo desse balanço, 3 (27,7%) artigos apresentaram como objetivo compreender como se processam as representações sociais da Enfermagem/enfermeiro frente a estudantes do ensino médio, profissionais de comunicação e profissionais de Enfermagem negros. Nas pesquisas elencadas 2 trabalhos tiveram como núcleo a construção ou validação de instrumento / questionário para aplicação em alunos de ensino médio, sendo que um desses artigos é oriundo de uma das teses escolhidas. Em última instância, 1 artigo e 1 dissertação realizaram investigações

acerca do perfil sócio demográfico dos alunos de Enfermagem. Finalmente, 1 tese versa sobre a relação da disciplina História da Enfermagem e a formação da identidade do enfermeiro.

Os objetivos explicitados nos artigos revisados demonstram que foram sistematizados de maneira a fazer surgir as características descritivas e explicativas de seus resultados. Os objetivos tratavam de “compreender o processo de construção da identidade das enfermeiras...; compreender o processo de construção...; descrever e analisar as imagens profissionais presentes nas representações sociais de enfermeiros...”, características que certificam, nos artigos revisados, que o conhecimento da identidade profissional da enfermeira está ainda muito centrado na explicação de fatos e eventos que marcam o construído pela história da Enfermagem como profissão.

Assim, constata-se que existe maior quantidade de pesquisas sobre a percepção dos alunos (seja de ensino médio ou superior) sobre a identidade da Enfermagem/enfermeiro, contudo menor número de pesquisas que construam e validem instrumentos efetivos para esta análise. Igualmente não encontrei pesquisas em bases de dados fidedignas que demonstrem a percepção dos professores não-enfermeiros (e outros profissionais de saúde) sobre a profissão e a carreira de Enfermagem, o que poderia influenciar no tipo de ensino oferecido aos acadêmicos de Enfermagem.

Uma outra lacuna importante refere-se a pesquisas nas quais desenvolvam-se estratégias efetivas para promoção social da imagem coerente da enfermeira, compatível à importância para a humanidade.

No que se refere ao delineamento metodológico 9 dos estudos (60%) utilizaram abordagem qualitativa,¹ (6,6%) quantitativa e 2 quali-quantitativa. Uma pesquisa caracteriza-se como instrumental e 2 estudos especificaram utilização de abordagem histórica. Bastante relevante uma vez que diverge da revisão de Bellaguarda *et al.* (2011, p. 181), o qual relata que:

[...] o estudo da identidade da enfermeira se centra na abordagem histórica. Traz à tona a incipienteza de discussões práticas da identidade da profissional enfermeira para um delineamento mais operacional das possibilidades do “ser” enfermeira na atualidade.

Desta feita, apesar de evidenciar-se nesta amostra cinco investigações de natureza descritiva e duas exploratórias enquanto diagnóstico situacional em diversos cenários, já se mostra preocupação em quantificar, validar e instrumentalizar constructos para intervenções, no que se refere a identidade da enfermeira, nesses mesmos cenários.

A determinação de um referencial teórico ou conceitual aparece em seis (40%) das produções estudadas. Trata-se de ponto relevante a ser discutido nas apresentações de trabalhos científicos pois que a consistência epistemológica e o rigor metodológico são considerados requisitos de qualidade das pesquisas. São elencados pelos autores: multirreferencial (1), representações sociais (3), Foucault (1) e Da Silva e Ribeiro Filho

e Pasquali (1).

Nesse sentido o *corpus* revisado apresentou como método de análise de dados as seguintes abordagens: análise de conteúdo (um; 6,6%), seguida pela análise de teoria fundamentada nos dados (seis; 40%) e discurso do sujeito coletivo (dois; 13,3%).

As investigações internacionais acerca de identidade social/profissional da Enfermagem/enfermeira mostraram-se bem diversas, tratando desde bases teóricas identitárias, mídias sociais até testes de recrutamento baseado em valores de Enfermagem.

METODOLOGIA

Abordagem qualitativa e exploratório-descritivo. Trata-se ainda de pesquisa de campo. Como sujeitos, os acadêmicos de Enfermagem da UFF do quinto período da graduação. O sociólogo Claude Dubar foi eleito para referencial teórico, o autor investiga as Identidades Profissionais e a Sociologia do Trabalho, desvelando variações das formas identitárias profissionais que aportam nas relações de trabalho e nas relações sociais e explana que as identidades profissionais são modificadas ao longo da trajetória de vida. Como instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado.

A coleta foi realizada durante segundo semestre do ano de 2017 e optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: matriculado no quinto período de Enfermagem da UFF, ter cursado as disciplinas de Fundamentos de Enfermagem e as disciplinas básicas. Critérios de exclusão: ausente no dia e local determinado para a coleta de dados e recusa em responder o questionário. A amostra abarcou 25 graduandos. Para a análise de dados foi realizada a análise temática de conteúdo com base em Minayo (2014). Foram observadas as recomendações éticas para a realização da investigação científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram construídas quatro Unidades De Contexto as quais summarizaram as ideologias predominantes emergentes dos discursos dos acadêmicos. A unidade de contexto é uma unidade mais ampla do que a unidade de análise e serve de referência a esta, fixando limites contextuais para interpretá-la. Cada unidade de contexto, geralmente, contém diversas unidades de registro. Ainda que seja desejável e importante procurar definir a unidade de análise de modo a terem um significado completo em si mesma, também é uma prática da análise de conteúdo definir, juntamente com estas unidades, um outro tipo de unidade de conteúdo, a unidade de contexto. As unidades de contexto elaboradas foram: 1. O cuidado e o cuidar. 2. As vicissitudes do percurso as carreiras valorizadas. 3. Da aceitação e orgulho à negação e preconceito. 4. Os contextos da Enfermagem: *status*, salários, jornadas e áreas de atuação.

As Unidades De Registro, também denominadas “unidades de análises” ou “unidades de significados”, é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação. Toda categorização ou classificação necessita definir o elemento ou indivíduo unitário a ser classificado. Na análise de conteúdo denominamos este elemento de unidade de análise. A natureza das unidades de análise necessita ser definida pelo pesquisador. As unidades podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral. Nesta pesquisa foram encontradas 118 unidades de análise.

No que tange a classificação das unidades em categorias ou categorização, trata-se de um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios, nesta investigação foram definidos como semânticos, ou seja, concedendo ênfase ao significado das palavras e, por conseguinte, originando categorias temáticas. O processo de categorização deve ser entendido em sua essência como um processo de redução de dados. As categorias representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando neste processo seus aspectos mais importantes. Ao buscar conhecer e compreender as razões da escolha por esta profissão ímpar, singular e complexa que é a Enfermagem, é imprescindível lançar-se no universo de imagens e significados.

As categorias temáticas elencadas neste estudo foram: O ser enfermeiro - identidade para si. A opção pela Enfermagem - caminhos e descaminhos da escolha profissional. A reação da família/amigos à Enfermagem: - identidade para o outro. Projetando o futuro profissional.

No que se refere à categoria 1- O ser enfermeiro: identidade para si, pode-se ampliar a compreensão de ser *enfermeiro* destacando que o enfermeiro é um profissional importante, qualificado para cuidar. Nesse sentido, Castanha e Zagonel (2005, p. 557) reportam-se a teoria humanista, cujo enfoque se embasa no cuidado praticado pelo enfermeiro. Esse vínculo que transcende a relação sujeito-objeto é "uma relação intersubjetiva, baseada na consciência existencial que ele tem de si e do outro".

Os alunos ingressantes na Enfermagem revelam que estes se sentem realizados por passar no vestibular e valorizados por estar em uma Universidade, todavia, têm incertezas quanto ao curso e futuro por enfrentarem uma nova situação (SPÍNDOLA, MARTINS, FRANCISCO, 2008). Analisando a percepção dos estudantes do ciclo básico da graduação de Enfermagem sobre o que é ser enfermeiro, percebe-se que os estudantes têm dificuldades em elaborar um conceito fundamentado sobre a profissão e destacam a importância de os alunos conhecerem melhor a Enfermagem e serem conscientizados do papel que desempenharão na estrutura social e multidisciplinar preservando sua autonomia (SALES; GREGÓRIO; ANDRADE, 2010).

Entendemos que os discentes “calouros” chegam à faculdade de Enfermagem

com uma personificação do enfermeiro que é resultante do ideário social cristalizado ao longo de séculos de história. O arquétipo condensado em suas mentes costuma sublimar em adjetivos como um ser submisso, dócil, secundário, parvo, altruísta, piedoso. No entanto, ao analisar-se uma turma de quinto período, a situação transmuta-se. Este grupo já cursou as disciplinas básicas e unidades curriculares como de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem em Saúde do Adulto, que apresentam especificidades da profissão, além de contatos com professores enfermeiros. Este conjunto contextual promove gradativamente a desconstrução e reconstrução de uma imagem que em última análise propicia a elaboração da identidade profissional do enfermeiro e vinculando-o ao cuidado/cuidar.

Assim, esta categoria retratou a concepção dos estudantes em relação ao profissional enfermeiro como um indivíduo em sociedade, exteriorizando uma identidade pessoal e profissional percebida para si. Vem ao encontro do relatado por Dubar (2009, p 216.):

[...]a identidade profissional é considerada um processo e não um estado em si, para ser construída no âmbito da educação, envolveria ensino e aprendizagem, interligados e relacionados do ponto de vista dialético. Diante do exposto, podemos dizer que a identidade construída no processo de formação profissional é constituída por múltiplas identidades como a individual, a social, a organizacional, a coletiva, nas quais a interação é o elo entre elas e os indivíduos.

No que diz respeito à categoria 2-A opção pela Enfermagem: caminhos e descaminhos da escolha profissional, Val, Sá e Santos (2004) observaram que os motivos que fizeram os alunos buscar a Enfermagem foi gostar da profissão e para aumentar o conhecimento técnico-científico, considerando aspectos positivos os vários campos de atuação do enfermeiro e a colaboração com a cura; e, como aspectos negativos, os baixos salários e lidar com a morte. Todavia, os estudantes iniciam o curso com a visão de que ser enfermeiro é gerenciar os serviços de Enfermagem, sendo capaz de cuidar, ajudar, manter e promover a saúde da população. No tocante à opção pela profissão da Enfermagem, treze unidades de análise puderam ser compreendidas de forma positiva, segundo o discurso, sob a perspectiva dos estudantes. Em contraposição, onze falas inferem como desfavorável a condição de alternativa pela carreira.

Sabe-se que na sociedade, cada vez mais precocemente os pais colocam seus filhos para estudar, atividade esta que irá desenvolver por grande parte da sua existência. Ingressar no ensino superior passa a ser um objetivo ansiosamente perseguido. Porém persegue-se também o status social, e por isso durante toda preparação pré-universitária ouve-se falar incessantemente em cursos de maior valorização social como deixa claro o depoimento de um dos respondentes: “*os professores dos cursinhos só falam em medicina, direito, odontologia, em momento algum eles falam em outra profissão, ou se quer sabem o que estas fazem*”. Como reflexo do tipo de preparação,

com ênfase no status social, verificou-se na população estudada uma multiplicidade de vezes que se prestou vestibular, prioritariamente para medicina (50%) e 26,92% para outros cursos e, mais tarde, para Enfermagem, denotando a hegemonia cultural dos outros cursos (CARDOSO; MATOS; VIEIRA, 2003). No momento de escolha profissional, e pressionado por uma barreira real que é a dificuldade de entrada na universidade, são encorajados por pares, familiares, professores a buscar carreiras que representam status e associações de poder e sucesso, sofrendo, assim, a influência de sua inscrição social e pertença grupal na construção de sua representação. Dessa forma, a linguagem, por meio da comunicação interpessoal, institucional e, sobretudo, as midiáticas, participa nessa produção da imagem do enfermeiro (FONSECA; SILVA, 2012).

Foi evidenciado que a escolha da profissão pelos alunos que realizam vestibular para Enfermagem baseia-se, principalmente, na inclinação para a área da saúde, como, também pela proporção candidato/ vaga ser bem menor do que nos cursos considerados de maior prestígio social. Acreditam que o próprio sistema de seleção à universidade ainda reproduz as diferenças existentes entre as classes sociais “determinando que nas carreiras de menor “status” social, predominem alunos procedentes das classes de menor poder econômico e capital cultural (MENEZES; BAPTISTA; BARREIRA, 1998). Estudantes fizeram esta opção porque a Enfermagem era próxima da medicina e demais carreiras da área de saúde, apresenta um fértil mercado de trabalho e está relacionada ao cuidado e prevenção de doenças. (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

No perfil dos alunos ingressantes na graduação em Enfermagem da EEUSP em 2003 observaram-se semelhanças e diferenças entre os alunos de três décadas anteriores, constatando que os alunos buscam a realização profissional e seguem idealistas, optam pela Enfermagem pelo desejo de ajudar as pessoas identificando-se com os ideais da profissão do enfermeiro (OGUISSO et al., 2006).

A existência de profissões que são frequentemente vistas na mídia como detentoras de saber e poder associada com a questão do desconhecimento social do que faz a Enfermagem pode ser a causa de os estudantes tenderem a procurar a Enfermagem num segundo momento de decisão profissional. A indagação do motivo pelo qual elegeu a Enfermagem vem estampada de frustrações e impedimentos para onze graduandos de nossa amostra.

Desta maneira, a categoria supracitada refere-se aos traços relacionados ao itinerário percorrido que subsidiaram a escolha profissional sob a visão dos graduandos. Traz assertivas, recusas e resultados da realidade vivida pelos estudantes participantes da pesquisa sobre aceitação ou negação da escolha profissional pela Enfermagem. Dubar (2001) demonstra que o caminho para chegar às formas das identidades, é necessário compreender as representações ativas, ou seja, através dos discursos dos indivíduos sobre suas relações sociais. Essas representações ativas podem ser analisadas através das seguintes dimensões: Da interação do indivíduo com o sistema

ao qual ele está inserido; da relação com o futuro; do modo como ele descreve e vivencia uma situação. Goffman (1988) sustenta que identidade social apresenta duas vertentes. Uma delas é a *identidade social virtual*, quando atribuímos aos outros uma categorização (e em contrapartida, como os outros nos vêem). Existe igualmente uma *identidade social real*, que se refere à categoria e aos atributos que o indivíduo possui na realidade. Portanto, cada indivíduo acaba tendo que articular esses dois processos: a identidade que lhe é atribuída, *virtual* e a identidade com a qual se identifica, a *real*.

Entende-se que o desequilíbrio entre ambas suscita desapontamento, insatisfação e revolta.

Nomeadamente a categoria 3- A reação da família/amigos à Enfermagem: identidade para o outro demonstra o quanto o ambiente social influencia na autoimagem destes indivíduos. A profissão, às vezes, tem em si questões históricas tatuadas, geradoras de preconceitos, podendo influenciar de forma positiva ou negativa na autoimagem e consequentemente na escolha profissional (RODRIGUES; LIMA; SOARES, 2003).

A experiência de momentos e situações em um ambiente sociável colabora para desenhar uma necessidade pessoal e desenvolver uma atitude projetada para determinar a carreira que se pretende seguir. No que concerne à opção pela profissão da Enfermagem, 14 unidades de registro puderam ser interpretadas de forma positiva, segundo o discurso, sob a perspectiva dos familiares dos participantes. Entretanto, constatou-se que a suposta “positividade” da parentela tem mais a ver com as bases gregárias do amor familiar do que com a reflexão e reconhecimento social acerca do valor da Enfermeira.

Dubar (2005) afirma que os processos de socialização se realizam na interação face a face com outras pessoas. No entanto, as modificações e a forma como a interação ocorre no cotidiano, a partir de um enfoque micro, estão ligadas, de certa maneira, às estruturas complexas de um enfoque macro. A forma de olhar a relação indivíduo/sociedade estrutura-se a partir do desenvolvimento da ideia de que a identidade é um produto da socialização. A partir do momento em que o indivíduo participa de diferentes esferas, ele passa a adotar os papéis que representam essas instituições.

Da aceitação e orgulho à negação e preconceito, esta categoria descreve as evidências relacionadas à identidade da Enfermagem para outrem (familiares, amigos, conhecidos) pela ótica dos acadêmicos e alberga em seu bojo as reações, sentimentos e atitudes acerca da aceitação ou negação da escolha profissional pela Enfermagem. Nesse movimento de interação com diversos meios ou grupos ocorrem os processos biográficos que se traduzem na identidade para si (definição de si). Nessa conjuntura, a identidade para si está apoiada nas identidades herdadas, porém passa a sofrer mutações com a entrada no mercado de trabalho. Esse período é estabelecido na transição da adolescência para a vida adulta e que permitem a desenvoltura dos processos relacionais (identidade para o outro/rotulagem por outrem) (DUBAR, 2009).

No que tange a categoria 4- Projetando o futuro profissional, Bohoslavsky (2015)

aponta que existem poucos estudos direcionados à relação do homem com seu futuro. Para tanto, enaltecem a importância da Psicologia de Orientação Profissional ao se referir ao futuro do indivíduo em sua profissão escolhida.

Para Coutinho, Krawulski e Soares (2007), ocorrem modificações constantes, acarretando em reconfigurações de identificação, pois existe uma integração no mundo laboral com o passado (o que foi vivido), com o presente (o que executa), com o futuro (o que se pretende).

Dubar (2005, p. 97) afirma que há características pontuais nos indivíduos que constituem:

Uma incorporação dos modos de ser (de sentir, de pensar e de agir) de um grupo, da sua visão do mundo e da sua relação com o futuro, das suas posturas corporais, assim como das suas crenças íntimas. Quer se trate do grupo de origem no seio do qual se desenrolou a primeira infância e ao qual pertence “objetivamente” ou de um grupo exterior no qual quer integrar-se e ao qual se refere “subjetivamente”, o indivíduo socializa-se, interiorizando valores, normas, disposições que o tornam um ser socialmente identificável.

No que concerne as expectativas em relação à profissão, os dados indicam que os discentes esperam a realização profissional, pessoal e o retorno financeiro com a carreira. (SPÍNDOLA; MARTINS; FRANCISCO, 2008).

Por outro lado, trabalhos que analisam as razões da evasão na profissão evidenciaram como principais fatores desencadeantes a falta de liberdade para exercer o trabalho e a submissão. O poder, porém, é uma “faca de dois gumes”, porque a autonomia é buscada, mas em contrapartida, a intensa idéia de multidisciplinaridade gera uma atitude simpática do enfermeiro com outros profissionais na intenção de evitar conflitos, não impondo uma resistência explícita à submissão (SOUZA JUNIOR et al., 2003).

Essa categoria demonstra a imagem do futuro da profissão de Enfermagem e do graduando, participante dessa pesquisa, no que diz respeito à visualização do seu porvir como profissional inserido nessa área. “A saída do sistema escolar e o confronto com o mercado de trabalho constituem um momento essencial na construção da identidade autônoma”. Do resultado deste confronto dependem as modalidades de construção de uma identidade “profissional” de base que constitui não só uma identidade do “trabalho”, mas também e, sobretudo uma projeção de si no futuro, a antecipação de uma trajetória de emprego e o desencadear de uma lógica de aprendizagem, ou melhor, de formação (DUBAR, 2005, p. 114).

Conforme refere Dubar (2005, p. 136) Identidade é o "resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições".

CONCLUSÃO

Os acadêmicos trazem consigo interpretações do que é *ser enfermeiro* a partir de suas vivências e experiências consubstanciadas com o que a sociedade pensa a respeito da figura do enfermeiro. A escolha pela Enfermagem se dá por inúmeros caminhos, que se inter-secccionam em determinados lances e tornaram a Enfermagem parte fundamental da vida desses estudantes.

A multifatoriedade percebida neste estudo encontrou respaldo na literatura científica e apuram-se paradigmas e alegorias da Enfermagem historicamente alicerçados, veiculados e condensados nas abstrações sociais. A conjunção de virtudes, limitações e imagens que compõem a Identidade Profissional da enfermeira configuram-se na imagem servil e submissa, na imagem inepta e vocacionada e a imagem profissional, em contínua busca de especificidade e especialidade do seu saber e fazer. No conflituoso *continuum* pelo reconhecimento, valorização e respeito atrelados à construção de uma identidade profissional, o enfermeiro movimenta-se perenemente pela busca de uma imagem que possa corresponder com suas aspirações no sentido de lutar pela mudança de seu *status-quo*. É de vital importância atentar para os estudos que refletem a identidade social e profissional para compreensão da carreira em sua plenitude utilizando-se conceitos de psicologia social e sociologia das profissões. Desta forma são desvelados confrontos, embaraços, e triunfos, tanto para os profissionais da Enfermagem quanto para os que a escolhem como profissão. Isto porque se não se sabe quem é não se saberá desenhar sua própria senda nem tampouco proteger sua própria seara.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem – CEPEn. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/site/cepen/>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 2, n. 3, p. 180-183, 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Identidade-da-profissional-enfermeira-caracterizada-numa-revisao-integrativa.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BOHOSLAVSKY, R. *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. 13. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I; PADILHA, M. I. C. S. (Org.). *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de nov. de 2001. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Brasília, DF, nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CARDOSO, N. C. S.; MATOS, M. F. S.; VIEIRA, M. J. A opção pela Enfermagem: estudo retrospectivo

em Sergipe. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, n. 6, p. 640-645, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a10v56n6.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

CASTANHA, M. L.; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 5, p. 556-562, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672005000500011&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.

COUTINHO, M. C.; KRAWULSKI, E.; SOARES, D. H. P. Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre (RS), v. 19, n. spe, p. 29-37, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2017.

DAHER, D. V.; ESPIRITO SANTO, F. H.; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 2, p. 145-150, 2002.

DAHER, D. V. *Por Detrás da Chama da Lâmpada. – Um estudo de processo de construção da identidade social do enfermeiro*. Niterói (RJ): EDUFF, 2000.

DUBAR, C. *A crise das identidades: a interpretação de uma mutação*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

DUBAR, C. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fonte, 2005.

DUBAR, C. **Identidade profissional em tempos de bricolage (entrevista com Claude Dubar)**. *Revista Educação e Contemporaneidade*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 152-156, 2001.

FONSECA, L. F.; SILVA, M. J. P. Desafiando a imagem milenar da enfermagem perante adolescentes pela internet: impacto sobre suas representações sociais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Paraná, v. 11, suppl., p. 54-62, 2012.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir. Nascimento da prisão*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

GEOVANINI, T. et al (Org.). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

LIMA, M. J. O que é enfermagem? *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 10, n. 1, p. 71-74, 2005. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4678/3627>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

MENEZES, S. S.; BAPTISTA, S. S.; BARREIRA, I. A. O perfil das(os) alunas (os) de enfermagem da Escola Anna Nery: décadas de 20, 30 e 90. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 34-48, 1998.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIRANDA, C. M. L.; SAUTHIER, J. Evasão: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 42, n. 1-2-3-4, p. 134-140, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671989000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2016.
OGUISSO, T. et al. Perfil do estudante ingressante no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 109-116, 2006.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. *História da Enfermagem - Instituições & Práticas de Ensino e Assistência*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2015.

OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis (SC), v. 15, n. 1, p. 60-67, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 out. 2016.

PADILHA, M. I.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da Enfermagem. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, suppl. 1, p. 241-252, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/13.pdf>>. Acesso: 20 nov. 2016.

PASCHOAL, A. S. *O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal*. 2004. 104 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem). – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PORTO, F.; AMORIM, W. História da Enfermagem: Identidade, Profissionalização e Símbolos. 2. ed. São Paulo: Editora Yendis, 2012.

RIBEIRO, A. A. et al. A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000200011&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2018.

RODRIGUES, M. S. P.; LIMA, F. R. F; SOARES, M. C. P. O estudante de Enfermagem e sua auto-imagem relacionada à profissão. *Nursing*, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 24-29, 2003.

SAFFIOTTI, H. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

SALES, S. M.; GREGÓRIO, V. R. N.; ANDRADE, M. S. O que é ser enfermeiro? Uma visão dos alunos do ciclo básico de Enfermagem. *Nursing*, São Paulo, v. 14, n. 149, p. 512-517, 2010.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (Org.). Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p.41- 59.

SOUZA JÚNIOR, J. G. C. et al. Como será o amanhã? responda quem puder! perspectivas de enfermeirandos quanto ao seu futuro profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 453-458, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a31v56n4.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 164-169, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2017.

VAL, L. F.; SÁ, F. F. M. F.; SANTOS, R. M. Percepção dos alunos de graduação em Enfermagem sobre ser enfermeiro. *Nursing*, São Paulo, v. 76, n. 7, p. 29- 33, 2004.

A PESQUISA SOB O SUPORTE DA ERGOLOGIA: REFLEXÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Rosane Teresinha Fontana

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS – correspondência: rfontana@san.uri.br

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

Jane Conceição Perin Lucca

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS .

Marcia Betana Cargnin

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

Narciso Vieira Soares

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

Zaléia Prado de Brum

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

foco na saúde ocupacional sob a perspectiva de quem exerce a atividade. É um movimento que implica na desconstrução de um modelo de trabalho que divide classes e desconsidera o protagonismo do trabalhador. O uso dos pressupostos da ergologia em pesquisas que pretendem transformar a ambência do trabalho, humanizando-o pode ser uma possibilidade dos trabalhadores à cogestão do seu fazer.

PALAVRAS-CHAVE: Engenharia Humana, Ambiente de Trabalho, Pesquisa

ABSTRACT: The ergology is an approach that has the purpose of understanding and transforming work, involving itself with the subjectivity and the singularities of the workers. Interview physical and mental health. This is a narrative review that aims to reflect on ergology as an epistemological proposal for investigations on worker's health. It seeks to think about the relationships between care of users and caregivers, focusing on occupational health from the perspective of those who exercise the activity. It is a movement that implies the deconstruction of a work model that divides classes and disregards the protagonism of the worker. The use of the presuppositions of ergology in research that seeks to transform the ambience of work, humanizing it may be a possibility for workers to co-manage their work.

KEYWORDS: Human Engineering, Work

RESUMO: A ergologia é uma abordagem que tem a finalidade de compreender e transformar o trabalho, implicando-se com a subjetividade e as singularidades dos trabalhadores. Entrevê a saúde física e psíquica. Trata-se de uma revisão narrativa que tem como objetivo refletir sobre a ergologia como proposta epistemológica para investigações em saúde do trabalhador. Busca pensar sobre as relações entre o cuidado de usuários e os cuidadores, com

1 | INTRODUÇÃO

A ergologia é uma abordagem pluridisciplinar que estuda o trabalho na sua micro dimensão “utilizando-se de uma “lupa” e tentando entender-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).

A ergologia propõe uma releitura das concepções sobre o trabalho, delimitando conceitos de ação e atividade, tendo por escopo, abordá-lo a partir da vivência daquele que trabalha, na tentativa de articular a relação estabelecida entre a pessoa e o meio. Para tanto, considera os saberes de disciplinas como a sociologia, a psicologia, a filosofia e, com uma estreita colaboração, a psicodinâmica. Trabalhar, sob a égide da ergologia, é atividade de seres humanos situados num tempo e num espaço, que ocorre no “acontecendo” da vida (BORGES, 2004).

A Ergologia entende que a atividade não constitui somente ação, mas uma solicitação permanente da singularidade de cada trabalhador que executa as renormalizações necessárias entre as normas antecedentes que se antecipou e o que a realidade de trabalho exige (Schwartz, 2007). Atividade, neste ponto de vista, implica debater as normas prescritas para realizá-la de outra forma, com o escopo de transformar o trabalho prescrito em real e permitir a economia corporal física e psíquica do trabalhador. Renormalizações são concebidas como

[...] as múltiplas gestões de variabilidades, de furos das normas, de tessitura de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requeira, sem, no entanto, jamais antecipar o que elas serão, na medida em que essas renormalizações são portadas por seres e grupos humanos sempre singulares, em situações de trabalho, elas mesmas também sempre singulares (SCHWARTZ, 2011, p. 34).

Diante disso, toda atividade envolve ‘uso’; seja ‘uso de si por si’, ‘uso de si pelos outros’, e ‘uso do corpo-si’. O ‘uso de si’ refere-se ao sujeito sendo convocado em toda a sua subjetividade. O ‘uso de si pelo outro’ representa as condições históricas que são dadas e produzem subjetividade e, de certo modo, pressupõe que em toda a atividade de trabalho reinam normas que conformam relações de desigualdade, de subordinação e poder. E o ‘uso de si por si mesmo’ refere-se ao uso que cada um faz de si mesmo nas renormalizações singulares da atividade humana (BORGES, 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). O ‘corpo-si’ é o “árbitro no mais íntimo da atividade,

[...] que não é um ‘sujeito’ delimitado, definido, mas uma entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010, p. 196).

Sob a prisma da ergologia, muitos trabalhadores encaram, no cotidiano de trabalho, alguns sofrimentos/‘dramáticos’, pois lidam com as variabilidades de um meio, muitas vezes infiel, com lacunas, ao mesmo tempo em que precisam decidir, arbitrar, buscar o equilíbrio admissível entre o ‘uso de si’ solicitado e o ‘uso de si’ admitido. Esse ‘uso de si’, não raramente, é determinado por escolhas que são arbitradas por valores de dimensões antagônicas.

Schwartz (1998, p.104) define a ‘dramática do uso de si’ como

Situação em que o indivíduo tem de fazer escolhas, ou seja, arbitrar entre valores diferentes e, às vezes, contraditórios. Uma *dramatique* é, portanto, o lugar de uma verdadeiro micro história, essencialmente inaparente na qual cada um se vê na obrigação de se escolher ou escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo. Afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma *dramatique* do uso de si significa ir de encontro à ideia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de “execução”, que não envolve realmente sua pessoa.

Nesta perspectiva, para a saudável 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. Assim, para estudar o trabalho real, Schwartz propõe o Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DDTP), assim conformado: polo das disciplinas ou dos saberes disponíveis nas ciências; polo dos saberes constituídos na atividade e polo 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).

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’.

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 a 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).

A partir das concepções da ergologia, não se pode negligenciar a participação

dos trabalhadores nas reflexões para a construção de conhecimentos acerca da sua atividade. Neste sentido, a pesquisa alicerçada nesse referencial teórico-metodológico propõe uma espécie de produção colaborativa e o uso do DDTP pode ser uma estratégia. E, sendo a ergologia um referencial teórico metodológico que solicita a participação de quem trabalha, pode ser útil nas investigações em saúde do trabalhador, com vistas a melhorar a assistência e a segurança de quem cuida e de quem é cuidado.

O termo saúde do trabalhador refere-se a

um campo de saberes que visa compreender as reações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Trata-se do conjunto de atividades que destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção de saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos ao risco e agravos das condições de trabalho, como o contexto de trabalho dos profissionais da área da saúde pública (BRASIL, 2001).

A relevância do uso dos pressupostos da ergologia nas pesquisas que tencionam transformar os ambientes de trabalho se dá pela possibilidade de protagonismo dos sujeitos. É necessária a atenção às concepções de quem vivencia a atividade, suas experiências, sua história, e as renormalizações advindas do cotidiano laboral.

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. Constitui-se de uma apreciação da literatura divulgada em livros, artigos publicados em periódicos e na interpretação e análise crítica pessoal do autor. As revisões narrativas não necessitam ficar atreladas à metodologia usada para a busca das referências, nem aos critérios usados na avaliação e seleção dos trabalhos consultados (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004; ROTHER, 2007, ELIAS et al., 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo do pressuposto de que desconsiderar a experiência do trabalhador é um discurso vazio, visto que o trabalho se dá enquanto a vida transcorre, mobilizando o corpo, a mente e o espírito do indivíduo e que, a tomada de decisões sobre o que é bom e o que não é no seu cotidiano, só podem ser legitimados a partir da discussão

coletiva com os saberes e com as vivências desses sujeitos, pretende-se com o relato de algumas investigações, aludir para a expressiva potência do referencial teórico metodológico apresentado no presente estudo para a área da pesquisa em saúde do trabalhador.

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 ambiente saudável, de prevenção de agravos ocupacionais, circunscrito por aprendizagens e ‘in-prendizagens’. A ‘in-prendizagem’ envolve uma forma de humildade diante da atividade de trabalho e implica o desnude da racionalidade intelectual, para, a partir do ético e do epistêmico, constituir o polo do mundo comum a construir (SCHWARTZ DURRIVE, 2007).

Em se tratando do trabalho de docentes, sob a perspectiva da ergologia muitos vivenciam, no cotidiano de seu trabalho, algumas ‘dramáticas’, pois suportam a constante variabilidade de um meio infiel, ao mesmo tempo em que precisam buscar o equilíbrio entre o ‘uso de si’ solicitado e o ‘uso de si’ consentido. O cotidiano deste trabalhador, muitas vezes, gera sofrimento e adoecimento, decorrentes do próprio processo do trabalho, tais como a pressão do tempo, decorrente das metas de produtividade, por excessivas demandas de cursos e atualizações; conflitos nas relações hierárquicas; ausência de autonomia decisória; dificuldades de contato com colegas durante a jornada de trabalho e, desvalorização e desrespeito por parte dos alunos, situações que geram significativas implicações na qualidade de vida e de trabalho deste profissional (FONTANA; PINHEIRO, 2010).

O “uso de si” é a manifestação do “si”, sendo este

[...] um sábio desconhecido, o desejo de saúde, o desejo de abrir no mundo cotidiano espaços onde ser norma instituinte, por pouco que se o deseje, que pode tornar possíveis as transferências de afetos e de símbolos entre heranças do desafio infantil e coerções, heranças e possíveis ofertas pelas atividades humanas em cada momento determinado da história; e de tal sorte que esta segunda ordem da realidade não seja simples repetição, mas um retrabalho com profundidade do primeiro (SCHWARTZ, 2000, p. 47).

Salienta-se a potência da ergologia na atividade docente. Oliveira e Franzói relatam uma experiência sobre uma pesquisa desenvolvida numa escola técnica pública por dois estudantes trabalhadores, provenientes de uma região da indústria fumageira, no interior do Rio Grande do Sul. O foco era a forma como se processava o diálogo entre os saberes escolares, ou “constituídos” e os saberes experiências dos alunos, ou “engajados”, por meio dos pressupostos da Ergologia, demonstrando o

uso do Dispositivo Dinâmico de Três Polos. O estudo apontou para a “possibilidade e a potencialidade concreta da escola e da formação promover, no seu cotidiano, o encontro e a dialética dos saberes da formação e os saberes da experiência para produzir, criar, fazer circular, difundir novos saberes. Com isso, os resultados também contribuíram para desconstruir a ideia da simples reprodução dos saberes formalizados” (OLIVEIRA e FRANZÓI, 2015, p. 334).

Estudo que buscou as manifestações de trabalhadores de uma unidade de uma Universidade quanto ao fenômeno do assédio moral na sua articulação com as práticas de gestão do trabalho, apontou que 38,5% dos participantes da pesquisa eram assediados, sendo que a maioria pelas chefias (51%) e por colegas de mesma hierarquia (21%). Homens e mulheres igualmente se declararam assediados. Foi possível averiguar a influência da cultura organizacional nas práticas de agressão verbal contra subordinados, colegas ou superiores, assim como a política de gestão. Diante disso, os autores ressaltam a gestão social e a ergogestão como alternativas possíveis para diagnosticar, prevenir e combater o assédio moral no trabalho e sugerem permitir que o trabalhador participe do processo de elaboração de tarefas e nas decisões, sob diálogo constante, respeitando-se o saber e a subjetividade do outro. A gestão social na perspectiva ergológica é sugerida na pesquisa. Na concepção de Ferreira (2018) a gestão social pode ocorrer em qualquer sistema social e envolve

[...]o processo gerencial dialógico onde a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que possa ocorrer em qualquer tipo de sistema social – público, privado ou de organizações não-governamentais). O adjetivo social qualificando o substantivo gestão será entendido como o espaço privilegiado de relações sociais onde todos têm o direito à fala, sem nenhum tipo de coação. (TENÓRIO, 2008, p.49, grifos do autor).

Bertoni, Pires e Scherer (2011) ao analisarem a influência das condições de trabalho nas atividades das enfermeiras na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e nas renormalizações que produzem, identificaram que a força de trabalho, em quantidade e qualidade, mostrou-se insuficiente para a realização das atividades atribuídas às enfermeiras na ESF e que, renormalizavam algumas normas. Entre outras cita-se que, para suprir a falta dos auxiliares administrativos e para atender a um conjunto de normas antecedentes, as enfermeiras utilizavam estratégias como designar o ACS para trabalhar dentro da unidade, substituindo o auxiliar administrativo, o que impedia o acompanhamento dos usuários pelo ACS. Para o déficit das equipes, delegava-se o trabalho com o grupo de gestantes aos estagiários de nutrição e o grupo de puericultura ficava sob a responsabilidade da auxiliar de enfermagem, restringindo as visitas domiciliares apenas para casos estritamente necessários, justificadas pela falta de tempo para desenvolver atividades. Estas renormalizações traziam prejuízos em outras ações prescritas. Por meio da pesquisa os autores consideraram que

a deterioração das condições de trabalho [...] produz consequências nefastas, dificultando o desenvolvimento de atividades em direção à produção da saúde/integralidade. Para as enfermeiras, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e pouca possibilidade de desenvolver o trabalho seguindo os parâmetros profissionais, como, por exemplo, deixando de usar a metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem (p.170)".

Uma pesquisa que integra a ergologia com a compreensão de biossegurança como processo educativo permitiu pensar sobre a superação das formas prescritivas de prevenção que culpabilizam trabalhadores e os tratam como sujeitos negligentes no caso de acidentes ocupacionais. Dessa forma, a abordagem tradicional da biossegurança implica numa prescrição direcionada basicamente para as normas de conduta individual e na utilização correta de equipamentos de proteção individual e coletiva, individualizando a análise do acidente, envolvendo o trabalho em torno da conscientização e treinamento dos trabalhadores para evitar o “ato inseguro”, perpetuando a culpa. Porém, ao invés de somente educar para a formação de posturas condizentes às normas técnicas, pode-se organizar momentos de integração dos trabalhadores, de espaços em que o trabalhador possa contribuir por meio da sua experiência. Da integração da ergologia com esta nova perspectiva de biossegurança, pode-se obter uma prática libertadora de educação, que irrompa sobre a pedagogia clássica de simples transmissão de informações.

É necessário, desse modo, buscar uma aprendizagem e uma elaboração conjunta de uma nova representação do trabalho, através de um enfoque participativo focalizado na formação de sujeitos que ultrapasse as modalidades tradicionais de difusão de informações, que pode ser bastante facilitado pela utilização do dispositivo ergológico de três polos (NEVES, 2008, p.372).

Com o objetivo de analisar as relações trabalho-saúde-doença implicadas na atividade de maçariqueiros em um estaleiro naval situado na cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, por meio do embasamento teórico da ergologia, os autores observaram que, apesar de muitas pessoas possuírem cargos semelhantes, como no caso do estaleiro, que foi o foco da pesquisa, cada trabalhador tem características próprias que o diferenciam dos demais colegas ao seu redor. Assim, a pesquisa sob o alicerce da ergologia permitiu aos autores identificar, entre outros dados que “o trabalho do maçariqueiro não deve ser entendido de forma reducionista, como mera realização técnica, mas inserido no conjunto total da vida do trabalhador” (VINAGRE; CASTRO, 2017, p.183).

Ao analisar a atividade dos motoristas de ambulância do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), na perspectiva ergológica, foi identificado que as principais dificuldades que os participantes vivenciavam, para realizarem seu trabalho, envolviam a forma da organização prescrita do trabalho no SAMU, a gestão temporal da atividade, o trânsito, a relação com os usuários e o risco de contrair doenças. Porém, atribuíram à possibilidade de salvarem vidas, ajudar outras pessoas em uma conjunção de

valores como solidariedade, confiança e cooperação, tanto aos socorridos quanto aos familiares, como o sentido positivo do trabalho. O coletivo de trabalho apoiava a permanência na profissão, apesar das frustrações. E, diante das variabilidades renormalizavam, faziam escolhas e combinações para além das atividades habituais. O estudo demonstrou, entre outras insatisfações desses trabalhadores, as críticas diante do imenso esforço realizado, os trotes, o trânsito e as viaturas inadequadas, ruins (DO MONTE PRIMO, ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2015).

Por meio de uma pesquisa que utilizou como referencial teórico metodológico a ergologia e que buscou compreender as implicações da implementação do Processo Judicial Eletrônico na atividade e na qualificação de servidores da Justiça do Trabalho, foi possível identificar que a implementação de tecnologias deve ser avaliada a partir do ponto de vista de quem as utilizam. Custos pessoais e sociais originados da mudança, das demandas impostas aos trabalhadores, pela necessidade de novas capacitações foram observados. Os participantes da pesquisa referiram desconforto pela falta de consulta prévia e com o treinamento insuficiente para utilização da ferramenta e destacaram a sensação de aumento da demanda, relacionado ao alto envolvimento e comprometimento com o trabalho (FONSECA et al, 2018).

Investigação realizada sobre as vivências e repercussões da atividade de trabalho na saúde e no cotidiano de músicos profissionais, a partir do referencial teórico-metodológico da ergologia e da psicossociologia do trabalho, assinalou que na atividade de trabalho na música há constrangimentos pelas exigências da atividade, às cobranças por altos padrões de desempenho e ao mercado de trabalho, competitivo e predominantemente informal. Dor relacionada ao uso intensivo da musculatura foi referenciada pelos participantes como a principal causa da busca por atendimento de saúde. Também foram relatados cansaço físico e mental, sintomas psíquicos como cansaço mental, ansiedade e medo do palco e sacrifícios sociais e familiares, desconstruindo a visão de que a atividade do músico é somente glamorosa. Estes Trabalhadores são submetidos a exigências de perfeição, cobranças de professores, maestros ou de contratantes e, devido à cultura da excelência no meio musical, os músicos ambicionam difíceis padrões de performances e, mesmo reconhecendo a possibilidade de falhar, mostram-se angustiados com essa situação (LAGE; BARROS, 2017).

Conforme Schwartz e Echternacht (2007), “trabalhar é gerir-se em um meio circunscrito por normas de ordem técnica, organizacional, gerencial, em meio às estruturas produtivas que heterodeterminam os objetivos do trabalho humano”. Ao sugerir a ergologia como base teórica metodológica, não se trata de cogitar a possibilidade de negligenciar instrumentos e ferramentas gerenciais (HOLZ; BIANCO, 2014), de pesquisa ou de trabalho

Trata-se, pelo contrário, de seu retrabalho, em um uso sadio, contextualizado e reflexivo, considerando suas limitações ante a complexidade da atividade humana.

Tal consideração, quando levada a sério, pode abrir portas para o desenvolvimento e aprimoramento de instrumentos mais contextualizados, adequados e renovados, uma vez que é compromisso da Ergologia conhecer de perto o trabalho e, assim, postular problemas e elucidar soluções e melhoramentos (HOLZ; BIANCO, 2014, p.508).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ergologia reconhece o trabalho como uma atividade que mobiliza o humano por inteiro, portanto, não é uma mera ação. Reconhece ainda, que, em muitas situações, o trabalho real difere do prescrito, pelas lacunas existentes na sua organização e estrutura, levando o trabalhador a refazer as normas, numa tentativa de economia corporal para evitar sofrimento e adoecimento.

Assim, 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, qualificar a saúde do trabalhador e intervir sobre as situações de trabalho, sobre a atividade, de modo a transformá-la.

A ergologia tem uma potência que muitos trabalhadores e pesquisadores desconhecem. Sugerem-se estudos, nesta perspectiva, sobre a atividade humana, sobre as condições de trabalho, sobre o protagonismo do trabalhador, sobre o ‘uso de si por si’ e o “uso de si pelos outros”, especialmente, a fim de que os resultados das pesquisas avancem para além do processo epistemológico e migrem para o cotidiano do trabalho, para “o chão da fábrica”, para o empoderamento e cogestão dos trabalhadores no processo, agregando valor não só ao trabalho, mas ao cidadão trabalhador.

REFERÊNCIAS

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.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. educ. saúde** (Online), v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400008>.

DO MONTE PINTO, F.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C. A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n.40, v.131, p.49-58, 2015.

DURAFOURG, J.; DUC, M.; DURRIVE, L. **O trabalho e o ponto de vista da atividade**. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 47-87

ELIAS, C. S. et al. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD: **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012

LAGE, C.S.R.; BARROS, V.A. A gente só vê glamour: um estudo de psicologia do trabalho com músicos profissionais. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v. 17, n. 2, p. 89-96, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12742>.

FERREIRA, J.M.S.; Gestão do trabalho e assédio moral em uma instituição pública de ensino superior. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, 2018 Disponível em <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/03/ensino-superior.html>. Acesso em 20 set 2018

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.

FONTANA, R.T., PINHEIRO, D.A. Condições de saúde auto referidas de professores de uma universidade regional. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 270-6, 2010.

FONSECA, F.F et al. Implicações de novas tecnologias na atividade e qualificação dos servidores: Processo Judicial Eletrônico e a Justiça do Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 43, e4, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000022616>.

HOLZ, E.B.; BIANCO, M.F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAPE**, v. 12, n. spe, p. 494-512, Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395191>

NEVES, T.P. As contribuições da ergologia para a compreensão da biossegurança como processo educativo: perspectivas para a saúde ambiental e do trabalhador. **O Mundo da Saúde** São Paulo: 2008: jul/set 32(3):367-375

OLIVEIRA, M. C. R.; FRANZOI, N. L. Educação Profissional, Trabalho E Produção de Saberes. **Revista Reflexão e Ação**, v. 23, n. 3, p. 315-337, Set./Dez. 2015

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 . Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100009>

SCHWARTZ, Y., & ECHTERNACHT, E. H. O trabalho e a abordagem ergológica: “Usos dramáticos de si” no contexto de uma central de tele-atendimento ao cliente. **Informática na educação: Teoria e Prática**, v.10, n.2, 2007, p.10-24.

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 2018.

_____. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed UFF, 2007.

SCHWARTZ, Y. Os Ingredientes da Competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**. Campinas, ano XIX, nº 65, p. 101- 139. 1998.

_____. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 34-50, jul. 2000

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE. **Trabalho e uso de si**. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.).

Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 189-204 p.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2, p.5-6, 2007.

TENÓRIO, F. G. Gestão social: uma perspectiva conceitual. **Revista de Administração Pública-RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 7-23, 1998.

CAPÍTULO 5

A SAÚDE NOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS: FORTALECENDO AS AÇÕES DE COMBATE AO MOSQUITO AEDES AEGYPTI

Helyane Candido Pereira

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Campus Jaguaribe
Jaguaribe - Ceará

**Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto
Marinho**

Hemocentro Regional de Crato; Conselho
Regional de Enfermagem – Subseção Cariri
Crato – Ceará.

Daniele Castro Aguiar Pimenta

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Campus Canindé
Canindé - Ceará

Elizabete Gonçalves Magalhães Filha

Secretaria de Municipal de Saúde de Juazeiro do
Norte, Estratégia de Saúde Da família 33
Juazeiro do Norte - Ceará

Cíntia de Lima Garcia

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

ações de consciência sanitária e de educação em saúde, reiterando o papel da educação na promoção da saúde. Este estudo é um relato de experiência, realizado em um instituto da rede federal de ensino, no interior no Ceará. O planejamento das ações educativas e sua execução ocorreram nos meses de fevereiro a abril de 2016. Neste período, foram mobilizados cerca de trezentos discentes que cursavam o ensino técnico e/ou superior, nos turnos matutino, vespertino e noturno. Foram distribuídos panfletos informativos, discutidos casos clínicos e exposição ao vetor de transmissão, além da criação de vídeos pelos alunos e professores sobre a temática. A perspectiva dialógica e participativa, nas salas de aula, objetivou a importância da mobilização nacional, com ênfase no combate e eliminação dos criadouros do mosquito, através da limpeza e vistoria, periodicamente, em suas residências. Embora compreendendo que o estudo contribuiu de forma inicial para o resgate da sensibilização sobre o tema, com estratégias participativas de ensino aprendizagem, considera-se a possibilidade da realização de outras alternativas, utilizadas de forma permanente para a mudança de comportamento frente à problemática de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde;

RESUMO: Considerando que o Brasil está diante de uma emergência em saúde pública, devido à proliferação do mosquito Aedes aegypti e às doenças transmitidas por esse vetor (a Dengue, a febre Chikungunya e a Zika), a mobilização das instituições de ensino, em todo território nacional, deve reforçar as

ABSTRACT: Considering that Brazil is mainly facing a public health emergency, due to the proliferation of the Aedes aegypti mosquito and the diseases transmitted by this vector (Dengue fever, Chikungunya fever and Zika), the mobilization of educational institutions in all national territory must reinforce actions of health awareness and health education, reiterating the role of education in health promotion. This study is an experience report carried out at an institute of the federal education network, in the interior of Ceará. The planning of educational actions and their execution took place from February to April 2016. During this period, about three hundred students enrolled in technical and / or higher education, in shifts (morning, afternoon and evening) were mobilized. Informational pamphlets, clinical case studies and exposure to the transmission vector were distributed, as well as the creation of videos by students and teachers about the theme. The dialogic and participatory perspective in the classrooms aimed at the importance of national mobilization, with emphasis on combating and eliminating mosquito breeding sites through periodic cleaning and survey in their homes. Although understanding that the study contributed initially to the rescue of the sensitization on the subject, with participative strategies of teaching learning, it is considered the possibility of the realization of other alternatives, used of permanent form for the change of behavior in front of the problematic of health and public.

KEYWORDS: Health Promotion; Public health; Aedes

1 | INTRODUÇÃO

Pensar nos referenciais de promoção da saúde para o ensino de enfermagem provoca uma transformação nas práticas de ensino e vai além do modelo biomédico que ainda marca a formação e atuação na área de saúde.

As ações educativas em saúde nas escolas, no âmbito nacional, estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República. Elas eram centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No princípio do século XX, na concepção higienista, a educação em saúde tinha por objetivo o desenvolvimento de uma “raça” hígida (saudável) e produtiva, a partir da observação, exame e disciplina na infância. Além das práticas pedagógicas, focavam ações individualistas, e a mudança de comportamentos, muitas vezes, não considerava as inúmeras condições de vida da realidade na qual os alunos estavam inseridos (CARVALHO, 2015).

No entanto, a modelagem de comportamentos continua como um objetivo central, e, no decorrer do século XX, a saúde brasileira escolar experimentou avanços em sintonia com a evolução técnico-científica que estava acontecendo, deslocando o velho discurso tradicional de lógica do modelo biomédico e mecanicista para uma concepção ligada à promoção de saúde nos ambientes de ensino (FIGUEIREDO;

MACHADO; ABREU, 2010).

A promoção da mudança de comportamento com a incorporação de conceitos como a potencialização dos sujeitos e qualidade de vida, entendidos como elementos que devem sustentar uma nova prática de formação e atuação que tenha como referencial a promoção da saúde, é necessária. O processo ensino-aprendizagem em enfermagem deve favorecer as práticas educacionais e de atenção à saúde que potencializem os sujeitos para atuarem na efetivação das mudanças sociais (SILVIA et al., 2010).

A interação dos estudantes com a população no seu contexto social, assim como a colaboração estudante-docente, é de grande relevância no processo ensino aprendizagem; possibilitando, assim, boas estratégias de ensino que propiciem ações dinâmicas, de aquisição de habilidades e de atitudes para fortalecer a educação crítico-reflexiva (SILVA; SENNA, 2008).

Nessa perspectiva, considerando que o Brasil, em especial, está diante de uma emergência em saúde pública devido à proliferação do mosquito *Aedes aegypti* e às doenças transmitidas por esse vetor (a Dengue, a febre Chikungunya e a Zika), a mobilização das instituições de ensino, em todo território nacional, deve reforçar as ações de consciência sanitária e de educação em saúde, reiterando o papel da educação na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2016).

Por isso, o Ministério da Educação (MEC), considera que:

O Brasil precisa da participação de todos nas ações de prevenção e controle do mosquito *Aedes aegypti* para, assim, evitar todas as suas consequências e para proteger, de forma efetiva, a saúde de todos os brasileiros e de todas as brasileiras. Por isso, incentivamos outros segmentos a seguirem este nosso exemplo. De acordo com a gravidade que o momento exige, e prontos para realizar as ações necessárias, as entidades ligadas à educação aqui representadas, e sob a coordenação do MEC, firmamos este Pacto da Educação Brasileira Contra o Zika e, juntos, nos mobilizaremos para realizar o Plano de Ações que nos comprometemos a construir para o enfrentamento ao *Aedes aegypti*, e suas consequências, em todos os segmentos da Educação Brasileira. Só numa Pátria Educadora se é capaz de vencer o desafio imposto por essa emergência. (BRASIL, 2016, p.03)

Nesse cenário, Chrizostimo e Brandão (2015) afirmam que o profissional enfermeiro deve conceber a saúde das pessoas como um tema que se refere a elas mesmas, auxiliar na construção da autonomia das pessoas no processo de vida, considerar capacidade máxima de tolerar, enfrentar e corrigir os riscos e os problemas de saúde que estão presentes na história de vida de cada indivíduo.

Para tanto, é necessário que o processo ensino-aprendizagem em enfermagem defenda as práticas educacionais e de atenção à saúde que potencializem os sujeitos, neste caso, os discentes, com a finalidade de agirem na concretização das mudanças sociais (SILVIA, 2010).

Surge, portanto, a necessidade de promover e ampliar práticas inovadoras e facilitadoras em favorecimento da aprendizagem discente.

No modelo da educação em saúde radical, ao invés de trabalhar com os indivíduos, considerados alvos isolados, busca-se atingir objetivos trabalhando grupos. Partimos de uma premissa mais recente de abordagem em educação, utilizando a metodologia de grupo, onde ocorrem trocas de ideias e experiências potencializando o resultado de mudanças de comportamento em grupo, além de abrir espaços para discussão do ambiente e das ações de toda a comunidade escolar. (RASCHE; SANTOS, 2013, p. 608)

Apesar dessa evolução, observa-se que as práticas educativas propostas ainda tendem para uma postura passiva e o não favorecimento do desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas e do poder crítico-reflexivo por parte dos discentes (FREITAS et al., 2016).

Para tanto, objetivou-se descrever um relato demonstrando as ações de combate ao mosquito, de forma a promover uma reflexão crítica nos discentes em uma instituição da rede federal de ensino no município de Canindé, interior do Ceará.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que de acordo com Eckert (2009), para sistematizar uma experiência não é simplesmente um relato ou uma publicação, mas aborda um processo de reflexão e julgamento crítico de uma experiência visível, com o objetivo de provocar processos de aprendizagem.

O cenário no qual as atividades foram desenvolvidas foi o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFCE) localizado na cidade de Canindé, interior do Ceará.

O IFCE faz parte da rede federal de ensino público, distribuída em todas as regiões do estado, sendo, atualmente, 32 campus efetivamente implantados, localizados nos municípios do Ceará. O instituto propõe uma educação inclusiva e de qualidade, com foco no desenvolvimento social e econômico da região.

O planejamento das ações educativas e sua execução ocorreram nos meses de fevereiro a abril de 2016. Neste período, foram mobilizados cerca de trezentos discentes que cursavam nos turnos matutino, vespertino e noturno o ensino técnico e/ou superior.

A enfermeira da instituição faz parte do grupo que compõe a assistência estudantil do *campus*. Esteve presente nas salas de aula rediscutindo com alunos e professores propostas de educação em saúde e qualidade de vida.

A perspectiva dialógica e participativa objetivou a importância da mobilização nacional, com ênfase no combate e eliminação dos criadouros do mosquito, através da limpeza e vistoria, periodicamente, em suas residências.

Foram distribuídos panfletos informativos, discutidos casos clínicos e exposição ao vetor de transmissão, além da criação de vídeos pelos alunos e professores sobre a

temática. Os vídeos foram confeccionados a partir do concurso “Pesquisar e Conhecer Para Combater o *Aedes aegypti*” do Ministério da Educação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia permitiu que os discentes tivessem a oportunidade para refletir o assunto trabalhado, tendo facilitado o desencadeamento de novos questionamentos sobre as doenças transmitidas pelo *Aedes*. As perguntas que surgiam ao longo do debate eram esclarecidas pela enfermeira do campus.

A presença do enfermeiro na escola torna possível e é determinante para a atenção aos processos de promoção em saúde ao desencadear ações, promover discussões, estimular debates técnicos e apresentar sua perspectiva em relação aos processos de saúde e doença, além de fortificar as relações sociais entre os profissionais da educação e da saúde. O enfermeiro torna-se responsável pelo cuidado e observação da rotina escolar, atentando para os problemas encontrados e suas possíveis soluções. (RASCHE; SANTOS, 2013, p. 609)

Observou-se que muitos deles afirmaram não conhecer o processo de proliferação (ciclo de vida do mosquito), e das doenças transmitidas por ele atualmente. Assim, gerou oportunidade para refletir o assunto trabalhado, tendo facilitado o desencadeamento de novos questionamentos.

Estratégias como essas, favorecem de forma significativa os resultados do processo ensino-aprendizagem, procurando assim, caminhos alternativos, que tornem o aluno sujeito da aprendizagem e o docente como mediador também desse processo (FREITAS et al., 2016).

O diálogo com este público deve demonstrar que a educação é o principal instrumento de consciência social, e que cada um seja multiplicador desse conhecimento na sua comunidade. É importante destacar que os alunos revelaram, durante a discussão do tema, que além das aulas teóricas, possuem amplo contato com a comunidade, uma vez que, para a promoção da saúde, é importante levar em consideração o conhecimento dos membros da comunidade sobre o processo de saúde-doença, sua maneira de conservar a saúde e de reagir diante da doença (SILVIA et al., 2010).

O planejamento de ações realizadas, com práticas direcionadas refletindo sobre a problemática de saúde nacional, resulta em um processo dinâmico mais interativo. Portanto, a promoção da saúde se faz pela discussão de estratégias coletivas e individuais para melhorar as condições de vida, promovendo uma aprendizagem significativa.

A promoção da saúde estende a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doença, conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde na década de 50, e desenvolve a compreensão da saúde como um estado positivo, tratando-a

como uma rede complexa de interdependências e inter-relações (FRAGA et al., 2013).

Desse modo, os estudantes compreenderam que, através da educação em saúde, pode-se evitar as consequências da não eliminação dos criadouros do mosquito, protegendo, de forma mais efetiva, a saúde dos cidadãos pelo processo de capacitação e, portanto, beneficiando a qualidade de vida das pessoas.

4 | CONCLUSÃO

Embora compreendendo que o estudo contribuiu de forma inicial para o resgate da sensibilização sobre o tema, com estratégias participativas de ensino aprendizagem, considera-se a possibilidade da realização de outras alternativas, utilizadas de forma permanente, para a mudança de comportamento frente à problemática de saúde pública.

Recomenda-se a continuidade de ações desse âmbito, não só nessa instituição como nas demais. Ações desta natureza propiciam o resgate e a produção do conhecimento na área de promoção e proteção da saúde, indicando caminhos e perspectivas para continuidade e avanço no ensino e pesquisa.

Esse espaço educacional, aqui em destaque, representa, ainda, um grande desafio. Encontrar a promoção e saúde nesses locais requer o reconhecimento da relevância em âmbito nacional do seu significado para desenvolvimento de outras habilidades para sua execução no processo ensino aprendizagem no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. **Pacto da Educação Brasileira contra o Zika**. Brasília- DF, 2016.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. **A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas**. Physis, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, dez. 2015.

ECKERT, C. **Orientações para elaboração de sistematização de experiências**. Porto Alegre: EMATER/RS-ASCAR, 2009. 46 p.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FRAGA, A. B. et al. **Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2013. 144 p.

FREITAS, D.A. et al. **Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 57, p. 437-448, jun. 2016.

M.M. CHRIZOSTIMO, A.A.P. BRANDÃO. **A formação profissional do enfermeiro: ‘estado da arte’**. Rev. Enfermeria Global. n.40, p.330-345, out. 2015.

RASCHE, Alexandra Schmitt; SANTOS, Maria da Soledade Simeão dos. **Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade**. Rev. Bras. enferm., Brasília , v. 66, n. 4, p. 607-610,

ago. 2013 .

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. **Integralidade do cuidado na saúde:** indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev. Esc. enferm. USP, São Paulo, v.42, n. 1, p. 48-56, mar. 2008.

SILVA, K. L. et al . **Formação do Enfermeiro:** desafios para a promoção da saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 368-376, jun. 2010.

CAPÍTULO 6

AÇÃO EDUCATIVA: INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS E PREVENÇÃO DO COLO UTERINO COM MULHERES DA ILHA DE COTIJUBA EM BELÉM

Girlane Alves Pinheiro

Acadêmicos de enfermagem Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ

Elen Fernanda Lima De Moraes

Acadêmicos de enfermagem Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ

Joana D'arc Da Silva Castanho

Acadêmicos de enfermagem Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ

Shirley Aviz De Miranda

Msc. Enfermagem- Universidade Federal do Pará.

Faculdade Metropolitana Da Amazônia
Curso De Graduação Em Enfermagem

18 mulheres entre 13 e 80 anos, o estudo teve três etapas; 1) Foi realizado uma reunião com o grupo; 2) Foi escolhido o tema pautado nas necessidades do público alvo; 3) O grupo reuniu-se para discussão e categorização dos resultados obtidos. Como resultado constamos que, essas mulheres não tinham conhecimento sobre todas as doenças abordadas e sobre o modo de transmissão. Conhecem a importância sobre o uso de preservativos, no entanto, não colocam em prática. Em relação ao PCCU, constatou-se que a maioria das mulheres presentes tem conhecimento do exame e gravidade da doença, porém se abstém do exame por constrangimento em relação ao profissional de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: ISTs, colo uterino, PCCU.

1 I INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (IST) estão entre os temas de grande importância na Medicina. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as IST são a segunda enfermidade que mais acomete as mulheres entre 15 e 44 anos, nos países em desenvolvimento. Com base na análise de adultos recém-infectados por alguma IST, a OMS estimou que, entre as mulheres, a infecção

RESUMO: As doenças sexualmente transmissíveis e a elevada incidência de câncer no mundo estão entre os temas de grande importância na Medicina³. O interesse pelo estudo surgiu mediante a possibilidade da realização de uma ação educativa na Estratégia Saúde da Família da Ilha de Cotijuba. Por meio de conversas com profissionais da atenção básica da área. O objetivo da pesquisa foi realizar uma ação educativa sobre ISTs e prevenção do câncer de colo uterino, afim de sensibilizar o público sobre a prevenção de câncer do colo uterino e os cuidados sobre as ISTs. Trata-se de um estudo descritivo, de desenho qualitativo do tipo relato de experiência. Ocorreu na Ilha de Cotijuba no município de Belém-Pa, com

ocorre mais cedo do que nos homens e que a média de idade em que são acometidas é de 20 anos, ou seja, no período da adolescência, e as jovens adultas (PIAZZETTA, et al. 2011).

Para a elaboração de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de agravos, é imperativo conhecer a população-alvo e identificar as suas necessidades e vulnerabilidades. O relato de sintomas de IST parece ser uma estratégia sensível e de baixo custo para a identificação de grupos em elevado risco para essas doenças (TELES; et.al 2008).

O HIV, inicialmente vinculado a homens que fazem sexo com homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, disseminou-se rapidamente entre os diversos segmentos, alcançando mulheres, homens com prática heterossexual e crianças. A crescente desigualdade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento reflete-se, tanto na magnitude da propagação do HIV, quanto na mortalidade por aids (SANTOS et al, 2002).

Na medida em que se acentuam as diferenças de acesso ao tratamento, diminui a mortalidade por aids nos países mais ricos e aumenta nos países mais pobres, exceção feita ao Brasil, um dos poucos países que adotaram a política de distribuição gratuita de antirretrovirais. Aqui, a mortalidade vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 e o uso de antirretrovirais, entre outros, é um dos principais fatores associados a esta diminuição (SANTOS et al, 2002).

A elevada incidência de câncer no mundo faz desta doença um importante problema de saúde pública. Os diversos tipos de câncer são hoje responsáveis pela morte de mais de 7 milhões de pessoas por ano. Isto representa aproximadamente 13% de todas as mortes ou algo em torno de 20 mil mortes por dia. Acredita-se que, de todos os casos novos de câncer anuais, a maioria ocorra em países em desenvolvimento e pelo menos um terço deles poderia ser prevenido (SOUSA M. S. et al 2011).

O exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU) tem como objetivo a detecção de possíveis alterações nas células uterinas. Ele é também conhecido como exame cérvico- vaginal, esfregaço ou Papanicolau sendo um método importante de combate ao câncer cérvico – uterino. É um exame simples o qual consiste na coleta de células do colo do útero e deve ser feito em mulheres com vida sexualmente ativa em um período de um em um ano (INCA 2014).

2 | JUSTIFICATIVA

O interesse pelo presente estudo surgiu mediante a possibilidade da realização de uma ação educativa na Estratégia Saúde da Família da Ilha de Cotijuba. Por meio de conversas com profissionais de atenção básica da área, constamos que há uma abstinência muito grande em relação a coleta do PCCU, da parte das mulheres da localidade que é a ilha de Cotijuba no município de Belém, em vista

disso resolvemos promover não só uma ação educativa relacionada ao PCCU, como também relacionados às ISTs.

3 | OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma ação educativa sobre ISTs e prevenção do câncer de colo uterino

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Sensibilizar o público sobre a prevenção de câncer do colo uterino e os cuidados sobre as ISTs abordadas, com o intuito de promover o autocuidado nas mulheres de Cotijuba.

4 | PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

PROBLEMA	AÇÃO	PÚBLICO	PRAZO
Abstinência ao uso de preservativos	Fazer levantamento dos dados referente aos números de ISTs da população local, abrangendo toda a população com vida sexual ativa inclusive idosos e desenvolver uma ação focada no problema encontrado.	Homens e mulheres com vida sexualmente ativa incluindo os idosos que ao passar dos anos vem prolongando sua vida sexual.	Em um mês, porém renovando conforme as necessidades.

Dificuldade na conscientização da importância da realização do PCCU.	Fazer uma busca de casos de câncer de colo uterino local e de número de mulheres com vida sexual ativa que nunca realizaram o PCCU e desenvolver uma ação para conscientização dessas mulheres e depois avaliar os resultados.	Mulheres com vida sexual ativa com e as que já estão prestes a começar.	Imediato afim de resolver o problema, permanecendo plano continuo refazendo ou aprimorando sempre que preciso.
Lacuna entre profissional de enfermagem e a população local.	Fazer treinamento com os profissionais ligados a atenção básica relacionada aos principais problemas encontrados e depois avaliar os resultados.	Profissionais ligados a atenção básica.	Imediato afim de resolver os problemas encontrados avaliando os resultados e aprimorando sempre que necessário.

5 | METODOLOGIA

Pesquisa descritiva é aquela que delineia o tema, abordando também quatro aspectos: descrição, registros, análise e interpretações dos fenômenos atuais, objetivando seu funcionamento no presente (LAKATOS; MARCONI, 2002).

O método qualitativo para Minayo (2006) é aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, de desenho qualitativo do tipo relato de experiência, durante ensino teórico-prático da disciplina Tópicos Integradores II do 8º período do curso de enfermagem da Faculdade Metropolitana da Amazônia. A ação educativa ocorreu na Ilha de Cotijuba no município de Belém-Pa, no dia 16/11/2015.

Os sujeitos da ação foram 18 mulheres entre 13 e 80 anos, residentes na Ilha de Cotijuba que desejaram participar da ação educativa.

6 | OPERACIONALIZAÇÃO DA AÇÃO

6.1 Primeira etapa

O primeiro momento foi realizado uma reunião com o grupo para definirmos como colocaríamos a ação educativa em prática e qual seria o tema que iríamos esclarecer para as mulheres que frequentam a estratégia saúde da família de Cotijuba. Optamos então por abordar sobre Infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e sobre a prevenção do câncer de colo do útero, visto que ainda são as causas mais comuns de doenças no mundo.

6.2 Segunda etapa

Foi escolhido o tema pautado nas necessidades do público alvo, para realização da ação objetivando a redução de incidência de ISTs e câncer de colo uterino, através da conscientização e manutenção do autocuidado. Por meio de uma palestra audiovisual seguida de uma dinâmica educativa através de uma brincadeira de pescaria de perguntas e respostas relacionada aos temas, na qual a plateia participava pescando os peixinhos confeccionados de papel, que continham as perguntas relacionadas aos temas;

6.3 Terceira etapa

Foi realizado reunião com o grupo para discussão e categorização dos resultados obtidos, para apresentação em banca como requisito de avaliação na matéria Métodos Integradores II.

7 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da discussão sobre a dinâmica aplicada e respostas das personagens da pesquisa, constatou-se que, essas mulheres não tinham conhecimento sobre todas as doenças abordadas e sobre o modo de transmissão. Conhecem a importância sobre o uso de preservativos, no entanto, não colocam em prática, caracterizado por relato verbal da maioria das mulheres presente. Em relação ao PCCU, constatou-se que a maioria das mulheres presentes tem conhecimento do exame e gravidade da doença, porém se abstém do exame por constrangimento visto que o profissional de saúde local, é seu conhecido e relaciona o atendimento ao seu relacionamento pessoal com o profissional de saúde.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao passarmos pela experiência de termos estabelecido vínculos com a população de mulheres da ilha de Cotijuba, foi observada a realidade da carência em relação as informações inerentes ao autocuidado e maior conscientização sobre uso de preservativos com ênfase nos pontos positivos que foram interação com o público, participação do público nas dinâmicas, repasse de conhecimento e incentivo aos acadêmicos em relação a realização de dinâmicas voltada para o público alvo, e atentando-se para os pontos negativos que foram, espaço físico inadequado, não aceitação ao uso de preservativos e abstinência ao PCCU.

Diante da proposta os resultados foram positivos, devido a participação e interação com a equipe e a temática abordada, deixando um arcabouço do conhecimento para a comunidade, que irá refletir em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- INCA. Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil**. 2014, 124p. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>> Acesso em 03/09/14.
- MINAYO, Maria C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SOUZA M. S. et al; Perfil dos exames citológicos do colo do útero realizados no Laboratório Central do Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde** 2011; 2(2): p. 27-32. Disponível em <<http://revista.iec.pa.gov.br>> Acesso em: 06/12/15.
- PIAZZETTA et al. **Prevalência da infecção por Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoea em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil**; Centro de Estudos e Pesquisas Médicas de Curitiba – CEPEME-CERHFAC – Curitiba (PR), Brasil;2011.
- Teles AS, Matos MA, Caetano KAA, Costa LA, França DDS, Pessoni GC, et al. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em caminhoneiros no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**.2008;24(1):25–30.
- SANTOS et al; A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica; **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, Nº 2, p286; São Paulo; 2002.

ALÉM DA TEORIA: FOLDER EDUCATIVO SOBRE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Sammya Rodrigues dos Santos

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

Bruno Côrte Santana

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

Daniela Faria Lima

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

Lídia Rosa Alves da Silva

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

Pâmela Souza Peres

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

Rayanne Augusta Parente Paula

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

Cassandra Genoveva Gonzales Martins

Ponce de Leon

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia
Brasília – DF

seis unidades de saúde de uma regional no Distrito Federal. Para a avaliação da aparência e conteúdo do folder, foram utilizados dois instrumentos propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - “*Diretrizes de avaliação: critérios gerais*” para todo o tipo de material e “*Diretrizes de avaliação: critérios específicos*” para material visual. Ao final da utilização dos instrumentos, há a somatória dos pontos e classificados cinco scores quanto aos resultados obtidos (40-45 pontos: *Utilização do material sem alterações*; 21-39 pontos: *Aprovado porém com necessidade de mudanças* e Menos de 20 pontos: *Rejeição do material*). Do total de 74 participantes que avaliaram o material, 67,56% acreditam que o folder pode ser utilizado como está elaborado. Em suma, acredita-se que a avaliação do material em campo prático possibilitou compreender as falhas que o impresso ainda possuía, e que havia passado desapercebido pela equipe. Vale ressaltar, também, a importância da comunidade no processo de desenvolvimento e avaliação do folder, uma vez que desta forma o material atenderá às reais necessidades da população em destaque.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia educacional; Período pós-parto; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: It is an exploratory-methodological study, where an educational folder on puerperal

RESUMO: Trata-se de um estudo exploratório-metodológico, onde foi desenvolvido um folder educativo sobre cuidados no período puerperal e avaliado por profissionais do Programa Saúde da Mulher, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mulheres no puerpério, de

care was developed and evaluated by professionals of the Women's Health Program, in Basic Health Units (BHU) and women in the puerperium, of six health units of a regional one in the Federal District. In order to evaluate the appearance and content of the folder, two instruments proposed by the Pan American Health Organization (PAHO) - "Evaluation guidelines: general criteria" for all types of material and "Evaluation guidelines: specific criteria" for visual material. At the end of the use of the instruments, the scores are summed and scores are scored on the results obtained (40-45 points: Use of the material without changes; 21-39 points: Approved but with changes needed and Less than 20 points: Rejection of material). Of the total of 74 participants who evaluated the material, 67.56% believe that the folder can be used as elaborated. In short, it is believed that the evaluation of the material in practical field made it possible to understand the flaws that the print still had, and which had been overlooked by the team. It is also worth mentioning the importance of the community in the process of developing and evaluating the folder, since this way the material will meet the real needs of the population in focus.

KEYWORDS: Educational Technology; Postpartum period; Primary health care.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) diversos programas e políticas públicas foram criadas, desde a década de 1980 com o objetivo de intervir nas taxas de morbimortalidade materno e infantil. A Rede Cegonha (BRASIL, 2016) é uma dessas políticas públicas, que traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado na gravidez, no parto/nascimento e na atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos de vida e em especial no período neonatal.

Na política atual, a Atenção Primária em Saúde (APS) propõe uma continuidade do cuidado ao binômio mãe-recém-nascido, em que se espera, após o nascimento do bebê, uma visita domiciliar do agente de saúde a esta família, para serem orientados sobre os cuidados de ambos e as ações programadas para a primeira semana na APS.

Uma das ações programadas pela APS mencionadas anteriormente são as consultas de Crescimento e Desenvolvimento infantil (CD), que favorecem esclarecimentos aos cuidadores e a oportunidade de registrar dados objetivos referentes ao crescimento da criança, consultas estas realizadas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, dentre outros) (MACHADO, NUNES & NUNES, 2014).

A consulta de CD torna possível o melhor acompanhamento do recém-nascido (RN), orientando a família quanto ao aleitamento materno exclusivo, às imunizações, os cuidados com o RN e estabelecer um elo entre comunidade e unidade de saúde (BRASIL, 2016). A partir de linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério da Saúde à população em destaque, a equipe da atenção básica torna-se apta para o planejamento

de ações preventivas e habilitada à detecção precoce de possíveis agravos de saúde (SOUZA et al, 2013).

Para os enfermeiros, além das consultas de rotina e acompanhamento, surge ainda a tarefa de implementar ações e medidas intervencionistas que motivem os familiares às práticas corretas de cuidado aos bebês, fornecendo informações pertinentes e que correspondam às expectativas das mães e família (SOUZA et al, 2013), para que estas tornem-se multiplicadoras do conhecimento adquirido.

É importante termos em mente, que enquanto enfermeiros, possuímos vários suportes legais para a prática do cuidar, e na atenção básica essa base legal, regulamentadora, está nas políticas públicas. Assim, quando estamos cuidando da mãe (mulher) e filho (recém-nascido, lactente, criança, adolescente) temos que buscar na fonte (Ministério da Saúde, Secretaria da Mulher e da Criança) as diretrizes para o exercício da profissão.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016, p.63) preconiza que a atenção à saúde feminina deve contemplar a promoção, as singularidades e as necessidades de saúde dessa população, bem como o controle de doenças. Segundo Ferreira, Feitosa e Rebouças (2014, p.114), entende-se por puerpério o período do pós-parto que é caracterizado pelas manifestações involutivas e de reorganização do organismo materno. O período puerperal é compreendido por pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia), pós-parto tardio (10º ao 45º dia) e pós-parto remoto (após 45 dias) (FERREIRA, FEITOSA & REBOUÇAS, 2014).

A fase puerperal é considerada como um período de risco em que o trabalho e a colaboração da enfermagem tornam-se essenciais para a prevenção de complicações na saúde da mãe e do bebê (ALMEIDA & SILVA, 2008), pois acredita-se que a consulta de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido, prestada de modo humanizado, influencia na redução da incidência de morbimortalidade materno-infantil (MELLO, 2013). Além disso, após a gestação e, consequentemente, o parto, o binômio mãe-filho passa por diversas transformações, sejam elas fisiológicas, emocionais ou psicológicas (MELLO, 2013).

Cabe então à equipe de enfermagem, atentar-se às transformações que ocorrem no binômio mãe-filho e atuar como educadora em saúde, sanando as dúvidas demonstradas pelas puérperas e motivando-as quanto ao fortalecimento do vínculo e do cuidado à saúde materno-infantil, valorizando as vivências e experiências das pacientes quanto a maternidade, para que assim elas desenvolvam melhor a autonomia no cuidado com a própria saúde (MELLO, 2013), assegurando uma assistência de melhor qualidade (CORREIA & PEREIRA, 2015).

Ainda de acordo com a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016)**, um dos objetivos específicos para o cuidado à saúde da mulher é a elaboração e distribuição de material técnico e educativo. Dessa forma, o enfermeiro pode utilizar estratégias que visem orientar a mãe e os familiares nas suas condutas quanto aos cuidados com o recém-nascido, além de esclarecer possíveis

dúvidas e evitar situações de risco ou intercorrências (BRASIL, 2006).

Visando a atenção básica de saúde, lançando mão de metodologias diversas, que captem e chamem a atenção da população de abrangência, esse profissional consegue ultrapassar as barreiras físicas do campo e alcançar as famílias em seu ambiente social de modo holístico, contribuindo, assim, para a saúde da comunidade em geral (ABE & FERRARI, 2008).

Para iniciar as consultas de CD da criança e para a consulta do puerpério, é necessário a participação dessas mulheres em uma reunião. Nessa reunião, os profissionais de saúde abordam diversos pontos importantes como: ênfase no incentivo ao aleitamento materno, bem como a frequência das mamadas, dificuldades sentidas e cuidados com as mamas, alimentação, dor, fluxo vaginal, sangramentos, higiene, atividade sexual, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar e métodos contraceptivos (MOREIRA et al, 2014), para que assim, as principais dúvidas e questionamentos sejam esclarecidos e o processo de acompanhamento do binômio mãe-bebê inicie-se com qualidade.

Como a vivência dos autores no processo de formação profissional tem sido nos Centros de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal - Brasil, e vindo a demanda até aos autores, para realizarem a referida reunião educativa com as puérperas, buscando inserir novas tecnologias para auxiliar nesse processo de educação em saúde, após algumas observações dos participantes, foi possível extrair as principais dúvidas das mulheres nesse período e inseri-las num folder educativo, com o propósito de instrumentalizar as mulheres para o período puerperal. Ainda destacamos, que nestas práticas educativas que pudemos observar no referido Centro de Saúde, não era distribuído nenhuma ferramenta educativa (seja folder, cartilha, etc) fragilizando o empoderamento das mães quanto ao cuidar seguro dos seus filhos.

Assim, tendo em vista o exposto, este trabalho tem como objetivo avaliar o folder educativo “Cuidados no Puerpério (resguardo para você e seu Bebê)” (sobre os cuidados no período puerperal), com profissionais da saúde e mulheres no puerpério, quanto à aparência e conteúdo.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-metodológico, uma vez que a pesquisa metodológica é a melhor estratégia para o presente pesquisa, pois destina-se ao desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT, BECK & HUNGLER, 2011).

O instrumento desenvolvido do tipo folder “Cuidados no Puerpério (resguardo para você e seu Bebê)” foi avaliado por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos em saúde) que estavam envolvidos com o Programa Saúde da Mulher em Centros de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal, Brasil e puérperas

atendidas nas unidades, no período de julho a agosto de 2015.

Um instrumento passa a ser validado quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma única questão de pesquisa. Quanto maior o número de convergência de resultados, após a utilização de várias técnicas, proporciona-se maior confiabilidade e validade nos resultados do estudo. O valor da concordância entre os juízes-especialistas e os membros da comunidade (público-alvo do folder) foi de 80% de concordância aos itens do instrumento de avaliação, tendo como referência os valores empregados em outro estudo nacional (MOREIRA et al, 2014).

Como instrumento para avaliação da cartilha utilizamos o proposto pela OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2006) que expressa que deve-se sempre incluir a etapa de avaliação de todo e qualquer projeto de comunicação (seja ele impresso ou não). Esta avaliação deve incluir, de acordo com a OPAS, os seguintes itens: avaliação do material, avaliação do processo, avaliação de resultados e avaliação do impacto. Neste estudo, apenas realizou-se a avaliação do material (a aparência e o conteúdo).

Na fase da avaliação, utilizou-se dois instrumentos denominados pela entidade como “Diretrizes de avaliação: critérios gerais” para todo o tipo de material e “Diretrizes de avaliação: critérios específicos” para material visual (a exemplo de apresentações Power Point, Conferências, cartilhas, folderes, dentre outros).

O primeiro instrumento (critérios gerais) observa o cumprimento ou não de doze itens, sendo necessário que tenha sido cumprido no mínimo oito desses itens, para que a ferramenta educativa seja considerada aprovada para o uso.

Os itens avaliados neste instrumento (critérios gerais) foram: 1) o Público alvo participou da seleção, elaboração e avaliação do material, 2) representa situações da vida diária, 3) faz parte de um programa de comunicação ou de educação, 4) estão disponíveis os recursos ou serviços que promove, 5) dispõe de outros materiais ou técnicas que reforçam as mensagens, 6) foi testado antes do processamento final, 7) existem instruções para a sua utilização, 8) foi definido com o público alvo (em termos educativos) as características culturais, geográficas e socioeconômicas, 9) houve o cuidado para o material não conter elementos ofensivos para a comunidade (puérperas), 10) as puérperas e profissionais de saúde tiveram participação no seu desenho final, 11) respeita a liberdade de decisão do público-alvo (puérperas) sem manipulá-lo, e 12) atende a um objetivo específico.

O segundo instrumento (critérios específicos) foi avaliado numa escala tipo Likert, de 5 pontos, para avaliação de material educativo impresso, sendo que: 1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indiferente, 4 - concordo moderadamente e 5 - concordo totalmente. O instrumento original encontra-se na língua espanhola, e foi traduzido por uma tradutora bilíngue (português/espanhol) com amplo conhecimento da cultura brasileira e espanhola).

Ao término da coleta dos dados, o instrumento apresenta um escore da somatória dos pontos com a decisão final da seguinte forma, “utilização do material sem

alterações” (escore: 40-45 pontos), “aprovado porém com necessidade de mudanças” (escore: 21-39 pontos) ou a “rejeição do material” (escore: menos de 20 pontos).

Considerou-se os quesitos que obtiveram índices de concordância maior ou igual a 80%, como já foi utilizado anteriormente por outros autores (TEIXEIRA & MOTA, 2011; OLIVEIRA, FERNANDES & SAWADA, 2008; MOREIRA et al, 2014, sendo estabelecido, para esta avaliação, a soma na escala de Likert da coluna 1 e 2, que referem-se à discordância total (DT) e discordância moderada (DM) do quesito avaliado, e a soma da coluna 4 e 5 que se referem à concordância moderada (CM) e concordância total (CT) do quesito, respectivamente.

Referente ao Instrumento de critérios específicos, este é composto por 9 itens, que envolvem questões de objetivo, clareza, aparência da ferramenta educativa, em um bloco, da seguinte forma: 1) apresenta um tema/tópico específico, 2) o tema/tópico é facilmente compreendido, 3) as ilustrações e desenhos esclarecem ou complementam o texto escrito, 4) o tamanho dos seus elementos favorece uma boa visualização, 5) a mensagem é objetiva, 6) existem elementos que ressaltam ideias importantes, 7) a ortografia, gramática, pontuação e redação estão apropriadas, 8) o material não contém elementos desnecessários, e 9) o material utiliza uma linguagem comprehensível para o público-alvo.

Este estudo ocorreu em seis Unidades de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal - Brasil e foram convidadas mulheres e acompanhantes que se encontravam no período puerperal e profissionais da saúde, do Programa Saúde da Mulher dessas unidades de saúde.

A amostra foi composta por mulheres e acompanhantes de cada Centro de saúde que se sentiam aptos e que aceitaram participar do estudo, e por profissionais de saúde de cada unidade: enfermeiros, residentes de obstetrícia (enfermeiros) e técnicos em saúde, todos integrantes do programa de saúde da mulher e da criança. Foram estabelecidos critérios de Inclusão das mulheres: encontrar-se no período puerperal e saber ler e escrever. Os critérios de Inclusão dos profissionais de Saúde foram: ser profissional da saúde da sala da mulher e da criança.

O banco de dados foi inicialmente estruturado em uma planilha do EXCEL para a codificação das variáveis e digitados duas vezes para garantir a confiabilidade dos dados. Posteriormente, após a comparação dos dois bancos e correção das divergências, foi feita análise simples dos dados, com estatística descritiva. Os dados estão apresentados em forma de tabelas com frequência relativa e absoluta.

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde foi explicado como seria realizada a pesquisa, bem como a finalidade desta. Não foram divulgados nomes ou dados pessoais dos participantes, nem retiradas fotos destes, respeitando assim as normas de pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução nº466 (BRASIL, 2012).

O estudo faz parte das ações educativas delineadas em projeto de Extensão Universitária e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da

3 | RESULTADOS

Os participantes da pesquisa foram agrupados em “comunidade” e “profissionais”. O grupo “comunidade” foi composto por puérperas e participantes das palestras de puerpério. O grupo “profissionais” envolveu médicos ginecologistas, enfermeiros, residentes de obstetrícia da medicina e enfermagem, técnicos em saúde e sanitaristas, todos vinculados ao Programa Saúde da Mulher e da Criança.

A coleta de dados foi realizada em seis Unidades de Saúde, envolvendo 74 participantes, sendo agrupados da seguinte forma: o grupo “comunidade” representou 83,78% e o grupo dos “profissionais” com 16,21% dos participantes do estudo. Dos 74 participantes, apenas dois eram do sexo masculino e faziam parte do grupo “comunidade”.

A construção do folder (figura 1) avaliado pelos dois grupos respeitou características culturais, geográficas e socioeconômicas dos participantes. Além disso, haviam também contribuições dos docentes e discentes da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

Entendemos que todo material educativo criado ou elaborado não deve ser inserido ou implementado ao público-alvo sem ser testado primeiro, pois assim, há o risco do conhecimento ser depositado desarticulado com as necessidades reais de quem irá usufruir desse material, e além desse risco, defendemos ainda que é imprescindível averiguar se a mensagem da ferramenta educativa é clara e objetiva (BRASIL, 2012).

Cabe salientar que as imagens e figuras que fazem parte do folder estão disponíveis gratuitamente no meio eletrônico, e as informações contidas no referido folder foram extraídas de materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre a temática.

CUIDADOS COM O SEU BEBÊ

O QUE MEU BEBÊ VAI COMER?

Até os seis meses seu bebê deve tomar somente o seu leite. Não dê leite de vaca (Ninho, Itambé) ou outros tipo de leite (Nan, Aptamil). Também não de água ou chás, apenas seu leite é suficiente para o seu bebê.



VOU VOLTAR A TRABALHAR, O QUE ELE VAI COMER?

Aqui é importante que você sempre deixe estocado o seu leite em casa. Tire o leite do seu peito e guarde em potes de vidro limpo, você pode também congelar e deixar para que seu

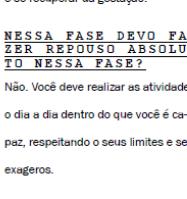


O QUE É O PUERPÉRIO (RESGUARDO)?

O resguardo é período em que o seu corpo volta a ser como era antes de você engravidar. Ele começa logo após o parto e continua até 45 dias depois de você ter tido o seu nascimento. Neste período você deve aproveitar ao máximo o seu bebê e aproveitar para fazer repouso e se recuperar da gestação.

NESSA FASE DEVO FAZER REPOUSO ABSOLUTO NESSA FASE?

Não. Você deve realizar as atividades o dia a dia dentro do que você é capaz, respeitando o seus limites e sem exageros.



com a equipe do posto de saúde sobre como alimentar o seu bebê quando você for voltar a trabalhar.

MEU BEBÊ TEM MUITAS CÓLICAS, O QUE EU DEVO FAZER?

Não dê chás ou outras coisas para seu bebê. O ideal é que mantenha a amamentação exclusiva. Você pode por uma fralda aquecida no ferro sobre a barriga do bebê e fazer massagens. Observe o que você está comendo, essa pode ser a causa das cólicas no bebê.

COM DEVE SER A HIGIENE E AS ROUPAS DO BEBÊ?

Evite dar muitos banhos no bebê, 2 por dia são suficientes. Evite excessos de roupas e agasalhos.



VACINAS

Mantenha as vacinas sempre em dia, olhe sempre o cartão de vacina e procure o centro de saúde sempre que estiver em tempo de tomar as vacinas.

TESTE DO PEZINHO

Caso não tenha feito busque orientações sobre como fazê-lo. Caso tenha feito busque informações sobre o resultado.

CUIDADOS NO PUERPÉRIO (RESGUARDO)



Fonte: Imagem retirada do Google

Autores:

Bruno Corte, Daniela Faria, Lídia Alves, Pâmela Perez, Rayane Parente, Casandra Ponce de Leon

O QUE É ESSE SANGRAMENTO QUE TENHO (LÓQUIOS)?

Esse sangramento que é confundido com a menstruação faz parte da cicatrização do seu útero. Ele é mais intenso nos primeiros dias após o parto, devendo desaparecer em 15 dias. Caso os lóquios continuem é importante buscar apoio no centro de saúde.

Enquanto tiver lóquios a higiene é fundamental. Troque o absorvente sempre que necessário e se houver pontos (suturas) ou cortes é importante lavar com água e sabão pelo menos duas vezes ao dia.

POSSO FAZER SEXO NO RESGUARDO?

Recomenda-se que se espere os 45 dias do resguardo para que se faça sexo. Porém após o fim dos lóquios e caso se sinta recuperada do parto, pode-se ter relações sexuais. Caso seu parto tenha sido cesárea é importante que se espere um pouco mais e que o ato sexual seja mais tranquilo, sem muito esforço. Quem determina o seu ritmo é você!

COMO DEVO ME ALIMENTAR? Deve ser uma alimentação rica

em nutrientes, fibras e ferro. Lembrar-se de ingerir muito líquido. Evite alimentos que lhe deem gases, pois podem causar gases e cólicas no bebê.

MEU MAMÍLIO (BICO DO PEITO) RACHOU COM O BEBÊ MAMANDO, O QUE POSSO FAZER?

É importante que não você não passe óleos ou cremes; o melhor remédio é o seu próprio leite, passe-o nas rachaduras até que cicatrize. Tomar sol nas mamas também ajudam a fortalecer o mamilo e assim evitar que firam.

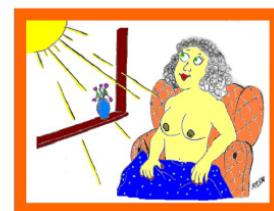


Figura 1: Frente e verso do Folder Educativo sobre “Cuidados no Puerpério (resguardo para você e seu Bebê)”

Fonte: Coleta de dados, 2015.

O instrumento de avaliação da OPAS julga critérios gerais de qualidades desejáveis para atender qualquer tipo de material interativo, audiovisual, auditivo ou impresso. Os critérios gerais são distribuídos de 1 a 12 itens, e no nosso estudo foi excluído um item, por não se aplicar, cumprindo todos os demais itens. O item excluído avalia se “existem instruções para a sua utilização”, e por se tratar de um folder impresso, acreditamos que este quesito não seja necessário no estudo.

Salienta-se que, os critérios gerais estabelecidos pelo instrumento de avaliação da OPAS foram obedecidos, uma vez que a comunidade e profissionais de saúde participaram da pesquisa e pontuaram algumas sugestões ou críticas à ferramenta proposta (itens 1, 8, 10).

O material impresso representa situações da vida diária, não apresenta conteúdos ofensivos para o público alvo e respeita a liberdade de decisão da população sem

manipulá-la (itens 2, 9, 11).

Dentre os instrumentos de avaliação da OPAS, o instrumento para avaliação de critérios específicos foi utilizado na pesquisa com adaptações (mudança de termos técnicos para termos mais claros) realizadas pelos discentes da Universidade de Brasília para melhor atender o público alvo. O instrumento possui uma escala de 1 a 5 que varia de acordo com o grau de concordância, no qual 5 corresponde a concordância total e 1 indica discordância total do critério específico.

Analisando a avaliação realizada pela comunidade e, considerando o critério de concordância maior ou igual a 80%, a partir da soma da concordância moderada (CM) e da concordância total (CT), observou-se que 85,48% dos participantes avaliaram de forma positiva o conteúdo do folder como facilmente perceptível no material impresso. Além disso, cerca de 87,1% (CM + CT) evidenciaram que as ilustrações ajudam a esclarecer a teoria disposta no folder.

Aproximadamente 90,32% dos avaliados pontuaram, também, que o tamanho da letra facilita a leitura do material impresso. Para 90,33% dos participantes, há boa coesão e coerência no texto. Para 90,32%, o folder utiliza uma linguagem compreensível para o público alvo.

Apesar da maioria dos quesitos serem considerados aprovados pelos participantes, ainda há alguns pontos a serem considerados para que o material seja aperfeiçoado e atenda as demandas da comunidade, como por exemplo, dispor de elementos que possam resumir e ressaltar ideias importantes para que facilite a compreensão do conteúdo do folder e reduza a quantidade de informações escritas.

N = 62	Sem resposta		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - O Folder apresenta um tema específico em sua totalidade.	0	0	5	8,1	8	12,9	49	79,0
2 - Conteúdo é facilmente perceptível no material impresso.	0	0	6	9,68	3	4,84	53	85,48
3 - As ilustrações e desenhos esclarecem ou complementam o texto escrito.	0	0	4	6,45	4	6,45	54	87,1
4 - O tamanho da letra facilita a leitura.	1	1,61	3	4,84	2	3,23	56	90,32
5 - Há elementos que resumem/facilitam a compreensão da mensagem ou o conteúdo do folder.	1	1,61	7	11,3	5	8,06	49	79,03

6 - Existem elementos para ressaltar ideias importantes. Como sublinhado, letras marcadas com outras cores, etc.	0	0	8	12,9	9	14,52	45	72,58
7 - A ortografia, gramática, pontuação e redação estão apropriadas.	0	0	4	6,45	2	3,23	56	90,32
8 - O Folder não está carregado de informações escritas.	0	0	15	24,19	6	9,68	41	66,13
9 - O Folder usa linguagem comprehensível para o público alvo. (Nesse estudo destina-se a mulheres no período do puerpério, na rede de atenção da Regional de Ceilândia, DF).	0	0	4	6,45	2	3,23	56	90,32

Tabela 1: Avaliação dos Critérios Específicos do Folder Educativo “Cuidados no Puerpério (resguardo para você e seu Bebê)” pela comunidade (N = 62) das seis Unidades de Saúde da região administrativa do Distrito Federal - DF, 2015.

Legenda: 1 – Discordância; 2 – Indiferente; 3 – Concordância.

Fonte: Coleta de dados, 2015.

O instrumento de avaliação permitia que os participantes tecessem comentários sobre o folder, e algumas dessas informações estão descritas abaixo. Sugeriram que fosse acrescentados temas que contemplassem os tipos de alimentos que as puérperas poderiam consumir e que não resultassem em flatulências nos bebês, além daqueles que pudesse evitar cólicas abdominais nos recém-nascidos.

C1: “E como devo me alimentar poderia colocar exemplos de alimentos que causam gases”.

C2: “A alimentação da mãe e os cuidados com o bebê”.

C3: “Alimentos que evitam cólicas ou que podem causar as cólicas”.

N = 12	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
1 - O Folder apresenta um tema específico em sua totalidade.	0	0	0	0	12	100,0
2 - Conteúdo é facilmente perceptível no material impresso.	0	0	0	0	12	100,0
3 - As ilustrações e desenhos esclarecem ou complementam o texto escrito.	0	0	0	0	12	100,0
4 - O tamanho da letra facilita a leitura.	0	0	1	8,33	11	91,67
5 - Há elementos que resumem/facilitam a compreensão da mensagem ou o conteúdo do folder.	0	0	1	8,33	11	91,67

6 - Existem elementos para ressaltar ideias importantes. Como sublinhado, letras marcadas com outras cores, etc.	0	0	2	16,67	10	83,33
7 - A ortografia, gramática, pontuação e redação estão apropriadas.	0	0	1	8,33	11	91,67
8 - O Folder não está carregado de informações escritas.	1	8,33	1	8,33	10	83,33
9 - O Folder usa linguagem comprehensível para o público alvo. (Nesse estudo destina-se a mulheres no período do puerpério, na rede de atenção da Regional de Ceilândia, DF).	0	0	0	0	12	100,0

Tabela 2: Avaliação dos Critérios Específicos do Folder Educativo “Cuidados no Puerpério (resguardo para você e seu Bebê)”, pelos profissionais da saúde (N = 12) das seis Unidades de Saúde da região administrativa do Distrito Federal - DF, 2015.

Legenda: 1 – Discordância; 2 – Indiferente; 3 – Concordância.

Fonte: Coleta de dados, 2015.

Os resultados expostos na tabela 2 revelam que, segundo os profissionais de saúde, todos os quesitos foram aprovados com mais de 80% de concordância. Salienta-se que, o item 2 obteve 100% de Concordância Total e os itens 1, 2, 3, 4 e 9 foram, considerando a soma da CM e CT, avaliados positivamente por 100% dos profissionais. A menor pontuação, ainda assim com boa avaliação (83,23%), foi o quesito 6, que versa se existem elementos no material que ressaltam ideias importantes para o público alvo sobre o tema em questão.

Ao final do instrumento de avaliação (critérios específicos), havia um campo disponibilizado para sugestões, críticas ou informações. No campo “sugestões”, além de sugerir novos temas, os profissionais também poderiam aperfeiçoar informações disponíveis no material impresso. Foi pontuada a importância de acrescentar informações que esclareçam sobre os tipos de sangramentos e lóquios durante o puerpério, bem como os sinais de processos infecciosos, abordar mais sobre a amamentação e o correto acondicionamento do leite, além do número de telefone do Banco de Leite para doação, cuidados com as mamas e com o coto umbilical do recém-nascido.

Haviam, também, elogios acerca do conteúdo do material impresso.

P3: “O material foi feito de maneira sistematizada, objetiva e muito prática. Achei a informação pertinente e importante.”

P5: “Muito importante, esclarecedor.”

Ao final somam-se os pontos obtidos e verifica-se se o material foi ou não aprovado. Se o escore estiver entre 40-45 pontos - o material pode ser utilizado da forma que está; se o escore for entre 21-39 pontos - o material é aprovado precisando realizar mudanças; e se obter menos de 20 pontos - o material rejeitado.

Após a soma dos pontos, os escores revelam que 67,56% dos participantes

(comunidade e profissionais de saúde) afirmam que o material pode ser utilizado como está elaborado, cerca de 31,08% apontam a necessidade de mudanças.

As mudanças que foram mencionadas, referem-se à inclusão de mais informações e conteúdos pertinentes ao tema, bem como figuras ilustrativas e não expor marcas comerciais quando relacionadas às fórmulas e complementos, além de incentivar a importância da amamentação exclusiva.

4 | DISCUSSÃO

Sabe-se que, o período do puerpério é marcado por alterações e adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais pelas quais as puérperas passam após o nascimento do bebê. Por vezes, não é incomum, surgirem dúvidas que permeiam a fase da maternidade - cuidados com o coto umbilical, banho, amamentação (STRAPASSON & MNB, 2010). Assim, torna-se essencial a participação do ambiente de saúde atrelado à prática de educação em saúde, atuando em conjunto com a comunidade para que as vivências e o conhecimento sejam compartilhados e perpetuados.

Um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com puérperas em um hospital privado no Paraná, buscou conhecer as orientações que essas pacientes recebiam durante a assistência no pré-natal, parto e pós-parto. Os resultados evidenciaram que, as informações recebidas durante o período puerperal estavam, em sua maioria, voltadas para os cuidados com o recém-nascido em detrimento dos cuidados com a mãe. As orientações passadas a essas puérperas envolviam, praticamente, o cuidado com as mamas e amamentação. O estudo ainda reforça a grande importância do profissional da enfermagem como educador em saúde, uma vez que ele é detentor do conhecimento teórico e pode transmitir com mais propriedade e segurança, as informações necessárias para seus pacientes (FRANCISQUINI et al, 2011).

Um dos pontos fundamentais propostos pela educação em saúde é permitir com que o indivíduo adquira conhecimento prático de modo que contribua para melhores condutas frente à acontecimentos e situações que estejam relacionadas com a sua saúde (SANTOS & PENNA, 2009). É de suma importância relembrar o papel fundamental da enfermagem no processo de educação em saúde, principalmente na atenção básica. Por estar mais próxima da população e pela possibilidade do vínculo com a comunidade, as ações e propostas educativas são bem mais aceitas e vivenciadas pelos pacientes. Para que se alcance eficácia nesse processo, é imprescindível que haja o compartilhamento mútuo de informações entre profissionais-comunidade, e uma valorização recíproca (ACIOLI, 2008; SILVA et al, 2009).

Esse é o ponto chave do estudo, ir mais além da teoria e tornar o conhecimento mais significativo, real e prático para as puérperas e cuidadores de bebês. Logo, entende-se que elaborar uma ferramenta educativa que atenda tanto as demandas

sinalizadas pela comunidade quanto as propostas de informações consideradas relevantes por parte dos profissionais de saúde é desafiador. Porém, a produção de um material que facilite o processo educativo do paciente permite que a mensagem a ser transmitida seja assimilada mais rapidamente (MOREIRA, NÓBREGA & SILVA, 2003) ao contexto de saúde do indivíduo.

Um material de caráter educativo possibilita o aprofundamento de conhecimentos de forma simples e mais objetiva, em que os pontos relevantes de determinado assunto são ressaltados, orientando o público alvo e capacitando-o para a tomada de decisões futuras (MOREIRA, NÓBREGA & SILVA, 2003), de modo mais interativo e participativo (GUERREIRO et al, 2014). Contudo, vale ressaltar que, é necessário conhecer anteriormente o leitor a ser alcançado pela ferramenta educativa, uma vez que a linguagem e a dinâmica do material devem ser adequadas de modo que não haja dificuldades na leitura ou que as informações disponibilizadas não sejam carregadas de termos técnicos e complexos (MOREIRA, NÓBREGA & SILVA, 2003).

Ao final de todo o processo de desenvolvimento do material, é fundamental haver a avaliação preliminar do público alvo. Dessa forma, é mensurada a qualidade do conhecimento que está a ser transmitido, além da verificação de possíveis falhas e barreiras quanto à linguagem, design e apresentação do impresso, para que os ajustes possam ser realizados e as informações realinhadas às demandas apresentadas pela comunidade e pelos profissionais de saúde.

Mais uma vez, ressalta-se a relevância da participação da comunidade e dos profissionais de saúde na elaboração do material educativo pois, quando há diálogo entre ambos, há trocas de saberes e conhecimentos, de forma que o receptor não é mais visto como depositário de informações, mas sim coparticipante da prática educativa (GUERREIRO et al, 2014) e, desse modo, pode-se atrelar teoria e prática através das próprias vivências, além de ser possível lançar mão de sugestões, críticas e opiniões acerca da ferramenta educativa (MOREIRA, NÓBREGA & SILVA, 2003; GUERREIRO et al, 2014).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do folder educativo, algumas etapas foram estabelecidas para que se alcançasse o êxito acerca da aprovação do material. Ressalta-se que todo o conteúdo disposto no folder foi minimamente pensado para que atendesse às expectativas do público alvo, sanando as dúvidas captadas ao longo das experiências nos campos práticos supervisionados e considerando uma linguagem mais acessível e informal, para que a mensagem transmitida realmente impactasse o leitor ou fosse significativa para eles.

A avaliação do material em campo possibilitou compreender as falhas que o impresso ainda possuía, e que havia passado despercebido pela equipe. Além

disso, receber elogios quanto sugestões acerca do folder foi norteador para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento. É condição *sine qua non* o envolvimento da comunidade e dos profissionais de saúde, uma vez que as trocas, seja elas pelas experiências pessoais ou informações embasadas na literatura, foram enriquecedoras para o grupo de trabalho.

É indubitável a relevância do profissional de saúde no contexto da educação em saúde na atenção básica, pois, por ter maior facilidade de acesso ao conteúdo científico e possuir um maior envolvimento interpessoal com a comunidade, tem maior facilidade em transmitir informações e orientá-los quanto aos cuidados de saúde. Portanto, é necessário que a equipe de saúde perceba as demandas reais que os pacientes apresentam, e utilizem os espaços de educação em saúde de forma que aproxime o saber científico com a realidade da comunidade atendida.

REFERÊNCIAS

ABE, Renata; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. **Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos enfermeiros numa unidade de saúde da família.** Revista Mineira de Enfermagem, [s.l.], v. 4, n. 12, p.523-530, 2008.

ACIOLI, Sonia. **A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública.** Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 61, n. 1, p.117-121, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000100019>.

ALMEIDA, Mariza Silva; SILVA, Isília Aparecida. **Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 42, n. 2, p.347-354, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342008000200019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (Org.). **PORTARIA N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011:** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento.** 2012. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA:** Manual Técnico. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRITO, Pâmella Padilha; COSTA, Marisa Pacini. **Forma de participação dos usuários nas práticas educativas de uma equipe de saúde da família como meio de transformação.** Rev Aps, [s.l.], v. 4, n. 18, p.463-469, out. 2015.

CORREIA, Teresa Isaltina Gomes; PEREIRA, Maria de Lurdes Loureiro. **Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério.** Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 17, n. 1, p.21-29, 31 mar. 2015. Universidade Federal de Goias. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.28695>.

FERREIRA, Camilla Melo; FEITOSA, Ieda Maria Silveira Diógenes; REBOUÇAS, Karinne Cisne Fernandes (Org.). **Protocolos de obstetrícia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará: Puerpério**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2014. 536 p.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino et al. **Health education in pregnancy and postpartum: meanings attributed by puerperal women**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 67, n. 1, p.13-21, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>.

HIGARASHI, Ieda Harumi et al. **Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas**. Ciência, Cuidado e Saúde, [s.l.], v. 9, n. 4, p.743-751, 2 jul. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaud.v9i4.13826>.

MACHADO, Jéssica da Silva; NUNES, Jordanna Sousa; NUNES, Geandra Batista Lima. **Saberes e práticas maternas relacionadas à suplementação do ferro em crianças de 6 a 18 meses**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 1, p.13-22, jan. 2014.

MELLO, Debora Falleiros de. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: O puerpério e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 166 p. Disponível em: <https://unascus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/14863/mod_resource/content/4/Modulo9_SaudeMaterna.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

Ministério da Saúde (Org.). **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MOREIRA, Amanda Portugal de Andrade et al. **Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 67, n. 4, p.528-534, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670405>.

MOREIRA, Maria de Fátima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. **Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 56, n. 2, p.184-188, abr. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672003000200015>.

MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. **MONITORING OF CHILD GROWTH AND DEVELOPMENT: ANALYSIS OF RECORDS OF NURSING CONSULTATIONS**. Revista Online de Pesquisa, [s.l.], v. 2, n. 5, p.3757-3766, abr. 2013.

OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SAWADA, Namiê Okino. **Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 17, n. 1, p.115-123, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000100013>.

OPAS. **Organización Panamericana de la Salud, Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables**. Washington. D.C.: OPAS, 2006.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 487 p.

SANTOS, Regiane Veloso; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 18, n. 4, p.652-660, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072009000400006>.

SILVA, Luciane Amorim da et al. **Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 18, n.

1, p.48-56, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072009000100006>.

SOUZA, Rosana Santana de et al. **Pediatric health care: practice of nurses in the family health program. Reme**: Revista Mineira de Enfermagem, [s.l.], v. 17, n. 2, p.331-339, abr. 2013. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130025>.

STRAPASSON, Márcia Rejane; NEDEL, Maria Noemia Birck. **Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.521-528, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000300016>.

TEIXEIRA, Elizabeth; MOTA, Vera Maria Saboia de Souza (Org.). **Tecnologias Educacionais em Foco**. 2. ed. Brasil: Difusão, 2011.

CAPÍTULO 8

ANÁLISE DE DISCURSO FRANCES: RELATO SOBRE SUA APLICABILIDADE EM ESTUDOS DE ENFERMAGEM

Andressa da Silveira

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões, RS.

Neila Santini de Souza

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões, RS.

Ethel Bastos da Silva

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões, RS.

se de um relato de experiência das vivências no ensino e pesquisa em enfermagem. Para a aplicabilidade da análise de discurso adotam-se algumas etapas: a dupla transcrição, seguida pela materialidade linguística, extração e organização do discurso em quadros analíticos e a categorização. Para melhor compreender e aplicar a técnica de análise de discurso, os quadros analíticos auxiliam na organização dos dados, podem ser construídos em número de cinco e denominados quadros analíticos I, II, III, IV e V, cada um com ações diferentes que culminam com as categorias e seus discursos. Conclui-se que a análise de discurso francesa adotada como técnica de análise no material empírico produzido em pesquisas de enfermagem está alicerçado na relação existente entre elementos que compõem o discurso, a língua, o sujeito, a história e a ideologia e não apenas na análise linguística.

PALAVRAS-CHAVE: Prioridades em Pesquisas, Métodos, Enfermagem.

ABSTRACT: At the end of the decade of 1970 a method of analysis denominated Analysis of French Discourse was introduced in Brazil, translated in the material of the researcher and Brazilian professor Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi. In nursing, French discourse analysis is used as a qualitative data analysis strategy. In the studies developed by the Center for Studies

RESUMO: Ao final da década de 1970 foi introduzido no Brasil um método de análise denominado Análise de Discurso Francesa, traduzida no material da pesquisadora e professora brasileira Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi. Na enfermagem a análise de discurso francesa é utilizada como estratégia de análise de dados qualitativos. Nos estudos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa de Saúde da Criança, Adolescente e Famílias tem sido utilizado para analisar dados provenientes das dinâmicas do Método Criativo e Sensível, bem como as enunciações de entrevistas semiestruturadas. Objetiva-se relatar a experiência sobre utilização da análise de discurso na corrente francesa como método de análise de dados na enfermagem. Trata-

and Research on Child, Adolescent and Family Health, it has been used to analyze data from the Dynamics of the Creative and Sensitive Method, as well as the enunciations of semistructured interviews. The objective of this study is to describe the experience of using the discourse analysis in the French current as a method of data analysis in nursing. This is an experience report of experiences in teaching and research in nursing. For the applicability of discourse analysis some steps are adopted: double transcription, followed by linguistic materiality, extraction and organization of discourse in analytical frameworks and categorization. In order to better understand and apply the technique of discourse analysis, the analytical tables help in the organization of the data, can be constructed in number of five and called analytical tables I, II, III, IV and V, each with different actions that culminate with the categories and their speeches. It is concluded that the analysis of French discourse adopted as a technique of analysis in the empirical material produced in nursing research is based on the relationship between elements that make up speech, language, subject, history and ideology and not only in the analysis linguistics.

KEYWORDS: Research, Methods, Nursing.

INTRODUÇÃO

No final da década de 1970 foi introduzido no Brasil um método de análise denominado Análise de Discurso Francesa, também chamado como Análise de Discurso Pechetiana, criado por Michel Pêcheux traduzido para a língua portuguesa no material da pesquisadora e professora brasileira Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi.

Para contextualizar o momento histórico e social que deram início aos estudos da análise de discurso na corrente francesa, faz-se necessário discorrer sobre seu fundador, Michel Pêcheux (1938-1983). Para a proposição de sua teoria, Pêcheux baseou-se em estudos realizados por Canguilhem e Althusser. Os estudos pêcheuxtianos apresentaram uma abordagem distinta ao pensar a Ciência da Linguagem, que até então, estavam vinculados ao estruturalismo e à gramática (BRASIL, 2011).

Desta forma, o surgimento da Análise de Discurso (AD) não concebe a linguagem como um sistema de regras, é pensada em sua prática, atribuindo valor ao simbólico, com raízes políticas, com múltiplos sentidos, móvel e instável (BRASIL, 2011).

O nascimento da AD vem alicerçado por duas obras essenciais: a edição de uma revista titulada “A Análise do Discurso” e o livro “Análise Automática do Discurso”, de autoria de Pêcheux. Na perspectiva pêcheuxtiana essas literaturas possibilitavam multiplicar as relações entre o “dito e não dito”. Essa modalidade de análise, propõe refletir sobre a linguagem, trabalhar na (des)construção e compreensão do discurso, considerando o confronto, a contradição entre a teoria e a prática de análise, configurando-se como uma região de equívoco onde se ligam materialmente, o inconsciente e a ideologia (VIANNA, BARROS, 2003).

Ressalta-se que o que distingue a AD de outras práticas de análise de textos é a utilização da linguística, com vistas na reflexão do processo discursivo, com ênfase no

interesse do objeto a ser estudado pelo analista de discurso. Neste contexto, ressalta-se que para a AD é imprescindível conhecer as influências teóricas e sociais em que o discurso é proferido, considerando a historicidade, a ideologia relacionada ao inconsciente. A AD produz um recorte de disciplinas e constitui um novo objeto que vai atingir as diferentes regiões do conhecimento: o discurso (VIANNA, BARROS, 2003).

Pêcheux apropria-se da noção de formação discursiva e a ressignifica na AD, onde o sujeito é resultante da relação existente entre história e ideologia. O sujeito, na teoria discursiva, se constitui na relação com o outro, não sendo origem do sentido, atravessado pela incompletude. O sentido resulta de uma formação discursiva, onde uma mesma palavra varia de uma formação discursiva para outra (BRASIL, 2011).

A posição-sujeito configura-se como um objeto imaginário que ocupa seu espaço no processo discursivo. Desta forma, o sujeito não é um, mas comporta distintas posições-sujeito, conforme as formações discursivas e ideológicas em que o sujeito se inscreve. A AD objetiva enquanto teoria materialista, compreender como os processos discursivos são constituídos, como as formações discursivas são constituídas (BRASIL, 2011).

O discurso é um lugar particular em que esta relação ocorre, objetiva explicitar os mecanismos da determinação histórica dos processos de significação. Estabelece a relação entre o simbólico e o político (ORLANDI, 2005). Assim, a AD procura o caráter histórico da linguagem, visto que esse campo de estudo é de ruptura, o que implica diversas reconsiderações no interior do próprio fazer linguístico (BRASIL, 2011).

O processo discursivo é visto no exterior da língua, assim como a história é vista no exterior do discurso. Pode-se afirmar, que um texto tem um discurso que lhe é exterior, é possível acessar sua materialidade, mas não necessariamente seus sentidos, ou seja, os sentidos são exteriores a essa língua que dá sustentação aos textos (COSTA, 2015).

Para que haja discurso, é necessário que contenha história, por ser fonte dos sentidos dos discursos. Essa história é uma espécie de exterior dos discursos, ela própria é objeto de análise, passível de interpretação (COSTA, 2015).

Na enfermagem, a AD na corrente francesa é utilizada como estratégia de análise de dados qualitativos. Nas pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa de Saúde da Criança, Adolescente e Famílias (NEPCAF) tem sido utilizado para analisar dados provenientes das dinâmicas do Método Criativo Sensível, bem como as enunciações de entrevistas semiestruturadas.

Frente ao exposto, a partir das experiências vivenciadas pelas autoras no NEPCAF, nas atividades de ensino e pesquisa onde se aplica a análise de discurso francesa, originou-se este manuscrito, que tem por objetivo relatar a experiência sobre utilização da AD na corrente francesa como método de análise de dados empíricos na enfermagem.

Aplicabilidade da Análise de Discurso: elementos estruturais e teóricos

Considerando que existe um rigor científico e metodológico para o desenvolvimento do processo analítico, inicialmente adotam-se alguns procedimentos, entre eles: a dupla transcrição dos dados empíricos, a materialidade linguística, extração e organização do discurso em quadros analíticos e a categorização.

Após a transcrição dos dados empíricos na pesquisa qualitativa, inicia-se a **primeira etapa** dos procedimentos analíticos da análise do discurso, denominada de materialidade linguística, neste momento ocorre a leitura horizontal do texto, possui como finalidade compreender o texto o mais próximo possível da enunciação do sujeito (ORLANDI, 2009; 2010). Para esta etapa podem ser utilizados recursos ortográficos que demonstrem o que é uma pausa reflexiva curta, longa ou muito longa, pensamento incompleto, interrupção de uma enunciação, recorte de uma enunciação, comentários do pesquisador, entre outros recursos que poderão dar movimento ao discurso.

Para a **segunda etapa**, são aplicadas as ferramentas analíticas, neste momento ocorre a leitura vertical do texto, sendo organizados os quadros analíticos. Esta etapa também pode ser facilitada por meio da utilização de cores distintas para cada ferramenta analítica destacada do discurso transrito (análise cromática). São empregados na interpretação do material empírico diversas ferramentas analíticas, entre elas: a paráfrase, a polissemia, o interdiscurso, a metáfora, a formação ideológica, os silêncios e o silenciamento (ORLANDI, 2009; 2010).

Os dispositivos ou ferramentas analíticas são utilizadas para demonstrar como funciona o processo discursivo e os efeitos de sentidos que derivaram do discurso. A codificação cromática destaca a presença das ferramentas analíticas do texto, conforme legenda criada pelo pesquisador em cada quadro analítico criado especificamente para a pesquisa.

Na **terceira etapa** são identificados os temas geradores de análise (ORLANDI, 2009; 2010). Como recurso facilitador da análise, são utilizados quadros analíticos para a organização do corpus, bem como para identificação dos temas geradores mais recorrentes e que constituem a síntese final das categorias temáticas.

Inicia-se a interpretação, em que se buscam os sentidos dos discursos dos sujeitos, elencados a partir de questionamentos feitos ao próprio texto escrito e, quando possível, é respondido com os comentários analíticos. Dessa forma, destaca-se o que significa o discurso do sujeito. Nesta fase de interpretação consideram-se o objeto de estudo e seu referencial teórico.

Para identificar a formação discursiva e os sentidos produzidos no discurso do sujeito, evidencia-se que o sentido produzido é determinado pela posição-sujeito em questão, desvelando o político, o ideológico e o social em funcionamento. Portanto, é necessário rever o discurso utilizado pelos profissionais na área da saúde e da enfermagem, para que haja uma relação mais dinâmica entre os sujeitos envolvidos

no cuidado, considerando que este deve ser compartilhado com a família e/ou sujeito que promove o cuidado familiar no contexto do domicílio (SOUZA, NEVES, BORBA, 2013).

A análise do discurso auxilia o profissional de saúde na compreensão do discurso e das atitudes da família ou familiar cuidador diante das fragilidades do cuidado no domicílio, pois questões referentes à aparente negligência na terapêutica de cuidado podem simbolizar outros aspectos, que são identificados quando se faz a análise considerando a história do outro, sua inserção social e política. Este processo pode ser determinado por questões externas à família, pela complexidade e fragilidade da rede de atenção, pelo impacto dos sentidos a que eles são submetidos pelos próprios profissionais de saúde e da linguagem profissional científica, pouco acessível ou compreendida utilizada nos processos educativos, onde ainda predomina em muitas situações um único saber, apenas o do profissional de saúde (FERNANDES, 2008; ROCHA, DEUSDARÁ, 2005; VOGT 2009).

No campo teórico discursivo, para todo analista do discurso, são materiais de reflexão os escritos, as imagens de toda ordem, os ditos, as novas tecnologias, inclusive o silêncio, dentre muitos outros. Cada qual com suas especificidades, o dispositivo analítico, bem como sua contribuição para a compreensão dos processos de significação acontecem pelo trabalho com a abertura para o simbólico (PÊCHEUX, 2011; PETRI, 2013; AUROUX, 1998).

Na prática da AD, os quadros analíticos, são construídos em cinco momentos, e podem ser denominados como:

Quadro analítico I - no qual as situações existenciais são transportadas após seu recorte do corpus. Essas situações existenciais são identificadas como aquelas em que os sentidos das vivências dos sujeitos são relacionados com o objeto de estudo em que emergem.

Quadro analítico II - o analista/pesquisador faz perguntas ao texto, sobre as situações existenciais, com o intuito de identificar respostas para elas no próprio texto. A finalidade desse momento é extrair do texto os sentidos que possibilitem ao pesquisador responder a sua questão de pesquisa.

Quadro analítico III - emprega-se os dispositivos analíticos da AD ao corpus e elabora-se comentários analíticos a partir dos sentidos que emergiram dos textos. Nesse momento, o pesquisador dá os primeiros passos em direção aos possíveis temas geradores do estudo por meio dos dispositivos analíticos empregados. Os resultados, então, tomam forma e os primeiros temas geradores são identificados.

Quadro analítico IV - realiza-se a identificação dos temas geradores e sua relação com os resultados da pesquisa, bem como a recodificação temática dos resultados. Esse quadro possibilita a organização visual para a produção do quadro seguinte.

Quadro analítico V – no último quadro é elaborado o quadro síntese. Nesse, são apresentados de forma sistematizada os temas geradores e os comentários analíticos, configurando assim as categorias de análise do estudo.

Entre os dispositivos analíticos para a interpretação do material empírico na AD, utiliza-se entre eles: a paráphrase, a polissemia, a metáfora, a formação ideológica, os silêncios e os silenciamentos. Esses dispositivos objetivam extrair a produção de sentido constituída pelos sujeitos a partir do material empírico transrito.

Os processos parafrásticos ou paráfrases são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, ou seja, o dizível, a memória discursiva. A paráphrase representa assim o retorno aos mesmos espaços do dizer, produzindo diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. O discurso pode ser alternado por momentos de paráphrase e outros de polissemia, enquanto que a paráphrase está do lado da estabilização do sentido, na polissemia tem-se o deslocamento dele, derivando para outro lugar, causando uma ruptura dos processos de significação. Essas duas forças trabalham continuamente o dizer, pois se sabe que todo discurso se faz na tensão entre o mesmo e o diferente (GUIMARÃES, 1995).

A metáfora ou processo metafórico é a tomada de uma palavra por outra, estabelecendo o modo como ela significa (PÊCHEUX, 1988). O efeito metafórico é um fenômeno semântico produzido por uma substituição contextual (deslizamento de sentido). Caracteriza-se pela superposição, transferência que faz com que elementos significantes passam a se confrontar de modo a se revestirem de um sentido. É realizada em efeitos de substituição, formação de sinônimos. É constitutiva do processo mesmo de produção de sentido e da constituição do sujeito (PÊCHEUX, 1988; ORLANDI, 2003).

A substituição de alguns termos no dizer do sujeito, durante o movimento analítico, dá visibilidade aos sentidos que emergem do não dito na fala, sendo este um trabalho de memória e esquecimento de dizeres que produzem sentidos e que são apagados no momento em que se enuncia. A substituição de determinada palavra produz novos sentidos no jogo discursivo do cotidiano. Isso traz à tona os sentidos que circulam socialmente no imaginário coletivo, estabelecendo relações que qualificam negativamente o sujeito que possui determinada doença (KESSLER, 2008). O silenciamento ou a ausência de palavras apontam um modo de apagar sentidos, podendo sempre se dizer algo a partir do silêncio, segundo Orlandi (2010), ou seja, “o silêncio fala por elas” (GUIMARÃES, 1995).

Incluir o silêncio, a partir da análise dos discursos, é incluir o absolutamente excluído pelo corte saussuriano, o silêncio é constitutivo da linguagem, pois considerase que a linguagem não é transparente, consequentemente o discurso é o lugar em que se pode observar a relação entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/para os sujeitos (GUIMARÃES, 1995).

Portanto, não existe discurso inocente e neutro, todos reproduzem uma forma de ideologia, acontecem num dado espaço de tempo e num contexto histórico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada pelas pesquisadoras no NEPCAF, resultou em uma análise reflexiva da aplicabilidade da AD da escola francesa de Michel Pêcheux nos estudos qualitativos de enfermagem cujos problemas envolvem questões sociais e a descrição dos elementos estruturais e teóricos da análise.

.Nesta reflexão, aponta-se para a aplicabilidade da AD, pois, ao investigar os sentidos nos discursos em que o material empírico pode constituir-se de produções verbais, não verbais, textos oriundos de entrevistas, textos escritos, imagens e linguagem corporais promove-se a apreensão dos sentidos resultantes do discurso do sujeito que vive em um contexto social com uma história e um ideologia dominante.

Na prática, a AD pode ser aplicada após a dupla transcrição, a materialidade linguística, as ferramentas analíticas, a extração e organização do discurso em quadros analíticos, dando origem aos temas geradores e a categorização.

Para melhor compreender e aplicar a técnica de AD, os quadros analíticos auxiliam na organização dos dados e podem ser construídos em cinco momentos ou cinco quadros analíticos.

Dito isso, a técnica de AD de material empírico qualitativo pode potencializar a pesquisa no campo da enfermagem especialmente as que envolvem questões humanas e sociais.

REFERÊNCIAS

AUROUX, S. **A filosofia da linguagem.** Campinas (SP): Unicamp; 1998.

BRASIL, L.L. **Michel Pêcheux e a teoria da análise de discurso:** desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. Ling. Est. E pesq., catalão-go, v. 15, n. 1, p. 171-82 Jan./Jun. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/lep/article/viewFile/32465/17293>

COSTA, V.N. **O estatuto da materialidade linguística nas relações teóricas entre língua e discurso.** Revista Desenredos, n. 24, p. 1-11 Out. 2015. Disponível em: <http://desenredos.dominotemporario.com/doc/24-Artigo-Valmir-Discursso.pdf>

FERNANDES, C.A. **Análise do discurso:** reflexões introdutórias. São Carlos: Editora Claraluz; 2008.

GUIMARÃES, E. **Os limites do sentido:** um estudo histórico e enunciativo da linguagem. Campinas: Pontes; 1995.

KESSLER, T.M. **A surdez que se faz ouvir:** sujeito, língua e sentido [tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2008. 236 p.

ORLANDI, E.P. **Michel Pêcheux e a Análise de Discurso.** Estudos da Língua(gem). n.1, p. 9-13, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.estudosdalinguagem.org/index.php/estudosdalinguagem/article/viewFile/4/3>

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos. 8^a ed. Campinas, Pontes, 2009.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos. 9^a ed. Campinas, Pontes, 2010.

PETRI, V. O funcionamento do movimento pendular próprio às análises discursivas na construção do “dispositivo experimental” da Análise de Discurso. In: _____; DIAS, Cristiane (Org.). **Análise de Discurso em perspectiva**: teoria, método e análise. Santa Maria: Editora da UFSM, p. 39-48, 2013.

PÊCHEUX, M. **Análise de discurso**: textos escolhidos por Eni Puccinelli Orlandi. 2^a ed. Campinas (SP): Pontes; 2011.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso**: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. ALEA, v.7, n.2, p. 305-22, Jul/Dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>

SOUZA, N.S.; NEVES, E.T.; BORBA, R.H. **Ser cuidadora familiar de criança com asma: análise do discurso e estudo de suas significações**. Revista de Enfermagem da UFSM, n.3(Esp), 2013, p. 573-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10991/pdf>

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. **A análise do discurso**: uma revisão teórica. Rev. Min. Enf., v.7, n.1, p.56-60, Jan./Jul., 2003. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/785>

VOGT, C. **O intervalo semântico**: contribuição para uma teoria semântica argumentativa. 2^a ed. rev. Campinas (SP): Ateliê Editorial; 2009.

CAPÍTULO 9

CHECK-LIST DE EXAME FÍSICO: REPERCUSSÕES NO ENSINO APRENDIZADO DA ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Vinicius Rodrigues de Souza

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Gisella de Carvalho Queluci

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Amanda Ribeiro Mendonça

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Suelem Couto Frian Dias

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Juliane da Silveira Jasmim

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Leylane Porto Bittencourt

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica (grupo controle). Para análise dos resultados foi comparado o desempenho entre os grupos. **Resultados:** Pode-se afirmar que o uso do *checklist* no momento da realização do exame físico contribuiu positivamente para o ensino e aprendizado do aluno que inicia sua prática assistencial. Em todos os quesitos avaliados, os alunos que utilizaram o instrumento tiveram maior qualidade e assertividade nos procedimentos efetuados, quando comparados ao grupo de alunos que não utilizou o instrumento. **Conclusão:** A implementação do *checklist* de exame físico para os alunos de Enfermagem contribuiu para melhor compreensão do conteúdo teórico e prático, auxiliando o discente na avaliação global do cliente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Exame Físico, Ensino

ABSTRACT: **Objective:** The study aimed to analyze the application of physical examination checklist by nursing undergraduate students.

Methodology: Descriptive research, qualitative approach, carried out in a university hospital located in the city of Niterói. As participants of the study were selected 19 students. For the data collection, the students were divided into two groups: one carrying the checklist instrument on physical examination (called

RESUMO: **Objetivo:** analisar a aplicação de *checklist* de exame físico pelos alunos de graduação em enfermagem. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, abordagem qualitativa, realizado num hospital universitário localizado no município de Niterói. Como participantes do estudo foram selecionados 19 alunos. Para a coleta de dados, os alunos foram divididos em dois grupos: um portando o instrumento de *checklist* sobre exame físico (chamado de intervenção), e o outro apenas com os

intervention), and the other only with the knowledge acquired during the academic training (control group). To analyze the results, the performance between groups was compared. **Results:** It can be affirmed that the use of the checklist at the time of the physical examination contributed positively to the teaching and learning of the student who starts his practice of care. In all the evaluated items, the students who used the instrument had higher quality and assertiveness in the procedures performed, when compared to the group of students who did not use the instrument. **Conclusion:** The implementation of the physical examination checklist for Nursing students contributed to a better understanding of the theoretical and practical content, assisting the student in the overall evaluation of the client.

KEYWORDS: Nursing; Physical examination; Nursing, Education.

INTRODUÇÃO

A aplicação sistematizada do processo de enfermagem (sistematização da assistência de enfermagem) prevê que a assistência seja pautada na avaliação do paciente, fornecendo dados concretos para o estabelecimento de diagnósticos. Estes, por sua vez, possibilitam a adoção de metas assistenciais, as quais fornecem as bases para a seleção das intervenções mais adequadas para reverter ou amenizar a situação de desequilíbrio na qual o indivíduo se encontra (PUGINA; ARAUJO; SILVA, 2015).

No que tange ao exame físico realizado numa etapa do processo de enfermagem, esse compreende a inspeção, a palpação, a percussão, a ausculta, o olfato e o uso de alguns instrumentos e aparelhos simples. Tais procedimentos dependem do desenvolvimento da coordenação psicomotora, bem como do desenvolvimento da sensibilidade do estudante no sentido de imaginar e sentir o cliente (PORTO, 2017).

Sendo assim, o processo de aprendizado para realizar um exame físico requer a repetição e esforço em um ambiente clínico. Após o domínio das técnicas de avaliação física básicas, o examinador pode modelar o exame de triagem rotineiro para incluir as avaliações completas de determinados sistemas, inclusive as manobras especiais (SMELTZER, et al., 2018).

De acordo com Barros (2006), para a realização do exame físico, o examinador necessita de conhecimentos científicos em anatomia, fisiologia e semiologia, sem os quais ele não conseguirá detectar plenamente os problemas identificados e que necessitam de sua intervenção. O ensino do exame físico tem sido motivo constante de preocupação não somente para o profissional ligado ao ensino, como também para o que atua na área assistencial, pois está sendo oferecido pelos cursos de graduação de forma simplificada, não atendendo a demanda necessária à sistematização do cuidado prestado pelo enfermeiro

Com isso, para que o enfermeiro em sua prática profissional possa realizar o exame físico, é preciso que o processo de ensino e aprendizagem privilegie a capacitação teórica e procedural do graduando, no decorrer do curso de graduação.

Percebe-se a necessidade de propor estratégias de ensino para facilitar o processo ensino aprendizagem, levando o aluno a desenvolver a capacidade de observação e percepção dos fenômenos envolvidos no examinar do cliente.

Diante da importância do exame físico como subsídio indispensável para o desenvolvimento da assistência sistematizada efetiva ao paciente, este estudo objetivou analisar a aplicação de *checklist* de exame físico pelos alunos de graduação em enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, onde o cenário foi o setor de Clínica Cirúrgica Masculina do Hospital Universitário Antônio Pedro. Como participantes do estudo foram selecionados 19 alunos, sendo 10 do grupo chamado de intervenção e 09 do grupo chamado de controle no momento em que estavam realizando o Ensino Teórico Prático da disciplina de Fundamentos de Enfermagem II.

Utilizamos como critérios de inclusão os estudantes que assistiram as duas aulas teóricas ministradas na disciplina sobre o conteúdo de exame físico, e que foram designados para a realização do ensino teórico prático no setor de Clínica Cirúrgica Masculina. Como critérios de exclusão, a não presença do acadêmico durante a coleta de dados, e o não aceite a participar da pesquisa. A coleta de dados se deu no primeiro semestre do ano de 2014.

No primeiro momento foi elaborado *checklist* contendo todas as etapas do exame físico, sendo possível a marcação de normalidades e anormalidades encontradas. A ideia principal do *checklist* de exame físico utilizado pelos alunos foi de nortear as etapas desse procedimento, tentando contribuir dessa forma para melhor aprendizado da realização do mesmo, de modo a aprimorar a assistência de enfermagem prestada. Cabe ressaltar que a pesquisa contou com dois subgrupos de alunos. Um subgrupo, denominado intervenção, realizou o exame físico portando o instrumento de *checklist* sobre exame físico, e o outro grupo (controle) realizou o procedimento com os conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica, sem o uso do instrumento em questão. Para a observação e registro do exame físico foi utilizado diário de campo, no qual se realizou anotações específicas das etapas do exame físico realizado pelos alunos, percebendo possíveis falhas ou técnicas executadas de maneira inadequada, ou esquecimentos durante a realização do procedimento.

A análise dos resultados foi realizada, utilizando método comparativo entre o grupo intervenção e o grupo controle. A pesquisa contou também com a leitura e interpretação de questionários que foram respondidos pelos sujeitos do grupo intervenção, avaliando o seu conhecimento sobre o exame físico e se a utilização do instrumento pôde contribuir para melhor aprendizado do tema.

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo entregue a cada aluno um Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e aprovada com o parecer número 645.988.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com um quantitativo de 19 alunos. Com o grupo intervenção, aquele que usou o check list durante o procedimento do exame físico, foi possível avaliar 8 alunos do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Já no grupo controle, grupo esse que não obteve auxílio do instrumento, tivemos 8 alunos do sexo feminino e 1 aluno do sexo masculino.

Encontraram-se fatores que interferiram na realização exame físico pelos alunos. Pode-se classificar esses fatores em extrínsecos e intrínsecos, como aqueles voltados para o ambiente e outros para a subjetividade de cada acadêmico, respectivamente. Como fatores extrínsecos, os mais observados foram: o ambiente agitado do hospital universitário; presença de outros estudantes de outras áreas da saúde que, na maioria das vezes, acabam prestando suas atribuições para o mesmo cliente. Como fatores intrínsecos foram evidenciados: timidez, ansiedade, medo do erro; e isso acarreta em prejuízos na avaliação integral do cliente. A presença de acompanhante ao lado do cliente hospitalizado gerou grande apreensão por parte dos alunos, por não se sentirem à vontade para a realização do exame físico.

Sobral e Campos (2012) dizem que entre os fatores que influenciam a coleta de dados e o exame físico, elencam-se o relacionamento entre o enfermeiro e o cliente, as habilidades de comunicação e interação, percepções e experiências (crenças, valores) dos envolvidos, os interesses dos clientes e dos profissionais, as condições ambientais e o referencial teórico-filosófico

Além disso, identificou-se maior interesse dos sujeitos do estudo pelos procedimentos técnicos, que demandam destreza manual e foco maior de atenção. Durante os primeiros períodos da graduação, ou ciclo básico de formação, os alunos almejam atingir o estágio curricular no ambiente hospitalar para iniciarem a prática profissional. Sendo assim, muitos não valorizavam outras atribuições do enfermeiro durante o cuidado integral ao cliente hospitalizado

De todas as áreas do corpo, o exame do abdômen foi o que mais se destacou devido ao grande número de alunos que deixaram de fazer ou realizaram de forma incorreta. A dificuldade apresentada pelos alunos, na maioria dos casos, foi na ordem da propedêutica correta nessa região.

O exame físico deve ser incorporado à prática de enfermagem, como primeiro passo de assistência sistematizada. Torna-se, assim, necessário aprimorá-lo cada vez mais no conteúdo de ensino a ser ministrado nos diferentes níveis de formação, sobretudo na graduação, afim de que sejam desenvolvidas as habilidades para a sua execução, num nível compatível com a segurança dos pacientes (LIRA, et al., 2015).

Os alunos relataram que não se consideram seguros e preparados para a

execução do procedimento. Foi possível perceber que o grupo intervenção obteve melhor desempenho na execução e aprendizado do exame físico que o grupo controle. Ressalta-se que tal instrumento gera uma maior segurança no acadêmico, frente à tensão e ansiedade que é encontrada nos primeiros estágios da graduação em saúde.

CONCLUSÃO

A implementação do *checklist* de exame físico para os alunos de Enfermagem contribuiu para melhor compreensão do conteúdo teórico e prático, auxiliando o discente na avaliação global do cliente.

Pode-se afirmar que o uso do *checklist* no momento da realização do exame físico contribuiu positivamente para o ensino e aprendizado do aluno que inicia sua prática assistencial. Em todos os quesitos avaliados, os alunos que utilizaram o instrumento tiveram maior qualidade e assertividade nos procedimentos efetuados, quando comparados ao grupo de alunos que não utilizou o instrumento.

Além disso, foi possível notar redução dos níveis de tensão e estresse que se instalavam nos alunos durante os primeiros dias de ETP no cenário hospitalar. O *checklist* contribuiu para maior segurança dos alunos durante a realização do exame, favorecendo a interação entre cliente e aluno.

Como implicações do estudo para a enfermagem, temos que novas propostas de desenvolvimento de sistemas de apoio ao docente na condução do processo de ensino e aprendizagem vêm sendo explorados, e importantes contribuições já se concretizaram, salientando-se àquelas direcionadas ao processo de enfermagem, que caracteriza um método que sistematiza a prática, possibilita a identificação dos problemas do paciente de forma científica, objetivando promover o planejamento do cuidado de enfermagem de forma individualizada.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A.L.B.; GLASHAN, R.Q.; MICHEL, J.L.M. **Bases propedêuticas para a prática de enfermagem: uma necessidade atual.** Acta paul. enferm, v. 9, n. 1, p. 28-37, 1996.
- LIRA, A.L.B.C.; FERNANDES, M.I.C.D.; COSTA, I.A.; SILVA, R.S.C. **Estratégia de aprimoramento do ensino do exame físico em enfermagem.** Rev Enferm em Foco. v.6, n. 1, p.57-61, 2015.
- PORTE, C.C. **Semiologia Médica.** 8^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2017.
- PUGGINA, A.C.; ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. **O diagnóstico comunicação verbal prejudicada segundo as classificações NANDA, NOC e NIC.** Rev Enferm Atual In Derme. v.13, n.64, p.34-42, 2013.
- SMELTZER, S.C.; BARE B.G.; HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
- SOBRAL, F.R.; CAMPOS, S.C.J.G. **Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP. v.46 n.1, p. 208-18,

2012.

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Camila Medeiros dos Santos

Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem - MG

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem - MG

RESUMO: objetivou-se compreender as necessidades de educação terapêutica de idosos que convivem com doenças crônicas e que demandam apoio e educação para o autocuidado terapêutico, segundo o sistema de enfermagem proposto por Dorothea Orem. Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados, através de entrevista aberta junto a doze idosos, em duas etapas e dois cenários. A educação terapêutica no processo saúde-doença-cuidados contribuiu para a adesão ao autocuidado geral e terapêutico desenvolvido em casa por idosos com doenças crônicas. As intervenções de enfermagem, resultantes de plano de cuidados individualizado com foco para o apoio e educação, contribuem para que o idoso se torne reflexivo e ativo no seu autocuidado terapêutico. São necessários estudos sobre o ensino-aprendizagem de idosos no contexto da educação terapêutica para o autocuidado domiciliar e sobre a inclusão desta prática na assistência sistematizada da enfermagem domiciliar.

PALAVRAS-CHAVES: Autocuidado. Educação em Saúde. Idoso. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT: the objective was to understand the therapeutic education needs of elderly people living with chronic diseases and who require support and education for therapeutic self-care, according to the nursing system proposed by Dorothea Orem. The data-based theory was used, through an open interview with twelve elderly people, in two stages and two scenarios. Therapeutic education in the health-illness-care process contributed to the adherence to the general and therapeutic self-care developed at home by the elderly with chronic diseases. Nursing interventions, resulting from an individualized care plan focused on support and education, contribute to the elderly becoming reflexive and active in their therapeutic self-care. Studies on teaching and learning of the elderly in the context of therapeutic education for home self-care and on the inclusion of this practice in the systematized care of the nursing home are necessary.

KEYWORDS: Self care. Health Education. Aged. Nursing Care. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Saúde e educação são temas intimamente relacionados e interdependentes. Não é possível promover saúde sem educação, da mesma forma que o contrário não é viável (BORTOLI; LAW et al, 2017; NICOLATO; COUTO et al, 2016). Assim, as práticas profissionais nos diferentes cenários assistenciais devem buscar a aproximação e a interação entre esses dois campos de conhecimento (BORTOLI; LAW et al, 2017).

A educação em saúde é definida como um componente essencial dos cuidados de Enfermagem. É direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como para adaptação aos efeitos residuais da doença (NICOLATO; COUTO et al, 2016; WOLD, 2013; MACHADO; MOUTINHO, 2013).

Ao se buscar compreender como o autocuidado terapêutico contribui para a autonomia dos idosos com doenças crônicas, na interface com o processo de cuidar pelo enfermeiro, tomou-se como referência o conceito de educação terapêutica, formulado pela a Organização Mundial de Saúde-OMS (OMS, 1998).

A OMS, ao tomar a educação terapêutica como foco de discussão, a definiu como a “capacitação de pacientes e familiares no que se refere às habilidades para os cuidados relacionados ao tratamento e à prevenção de complicações das doenças” (OMS, 1998).

Compreende-se que existem inúmeros fatores que contribuem para a resposta individual do autocuidado (OREM, 1995). Ao se educar para o autocuidado terapêutico é importante que se tenha a consciência de que o cliente traz consigo, para a aprendizagem, a sua personalidade, a sua forma de interagir socialmente, os seus valores e normas culturais e as influências ambientais (RIEGEL, 1979). Considerando estes fatores, estilos de aprendizagem individuais deverão ser desenvolvidos, de forma a efetuar ações efetivas (MELO; MARTINS et al, 2017).

Facilitar o processo de aprendizagem individual é fundamental, uma vez que o ritmo de aprendizagem depende da motivação pessoal, da assertividade, da perseverança, da habilidade, do estilo de aprendizagem e dos níveis mental, espiritual e intelectual (CECATO; BARTHOLOMEU et al, 2014). Destaca-se outros fatores que afetam a aprendizagem do indivíduo, como a idade, o *status* de saúde e o nível de escolaridade (CECATO; BARTHOLOMEU et al, 2014).

Diante disso, torna-se indispensável aos enfermeiros uma reflexão acerca de como sua assistência poderá responder às necessidades desses idosos e quais estratégias devem empregar para que esses indivíduos saibam manter ou recuperar a saúde (MALTA; BERNAL, 2017; SILVA; MAMBRINI, 2017).

Tendo como alicerce o contexto assistencial do Sistema Único de Saúde, quando diagnosticadas as doenças crônicas em idosos, o enfermeiro deve agir de forma a orientar sobre os cuidados terapêuticos, tanto aos clientes quanto aos seus cuidadores, visando minimizar o grau de dependência que tende a aumentar a morbimortalidade da população (GRDEN; LENARDT et al, 2017).

O processo de envelhecimento é caracterizado por declínios cognitivos e funcionais que influenciam diretamente na qualidade de vida do idoso. Assim, um dos principais desafios desta população é manter-se independente para realizar suas atividades e permanecerem socialmente ativos (WOLD, 2013).

Os idosos frequentemente apresentam alterações sensoriais que interferem na sua relação com o meio (WOLD, 2013). Nesta percepção, um idoso com déficit de audição ou de visão pode apresentar comprometimento no seu autocuidado terapêutico por não conseguir coletar as informações sensoriais suficientes, a fim de tomar uma decisão apropriada em vistas ao seu autocuidado.

A velocidade com que as informações são processadas e lembradas muda com a idade. No idoso, a memória de curto prazo tem maior probabilidade de ser afetada do que a memória de longo prazo, ou seja, ele pode não se lembrar do que lhe foi orientado em relação às suas medicações na consulta do dia anterior, mas pode ser capaz de descrever, detalhadamente, um evento que ocorreu há 50 anos (WOLD, 2013; SATO; BATISTA, 2014).

Diante do exposto, a questão que norteou este estudo foi como idosos que convivem com doenças crônicas lidam com as necessidades de educação terapêutica para o autocuidado.

Aproximações entre a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e teoria dialética do desenvolvimento de Klaus Riegel no contexto da educação terapêutica de idosos

O termo autocuidado foi utilizado teoricamente pela primeira vez na enfermagem por Orem, em 1959, quando definiu o conceito de enfermagem como a provisão de autocuidado, que vem a ser a assistência de enfermagem necessária quando a pessoa é incapaz de se cuidar. Segundo Orem⁶, no âmbito de seu constructo teórico, o autocuidado terapêutico é representado pelo desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (OREM, 1995).

Torna-se essencial aprofundar a compreensão acerca de como os constructos teóricos desenvolvidos por Orem podem subsidiar o estudo que permeia o autocuidado terapêutico de idosos com doenças crônicas (OREM, 1995). Orem (1995) alicerça a atuação do enfermeiro junto à população mediante cinco métodos específicos: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; proporcionar um ambiente adequado; e ensinar e apoiar o outro (física ou psicologicamente). Assim, considerando que as doenças crônicas podem acarretar agravos importantes aos idosos, a enfermagem deve habilitar-se para garantir a realização adequada do autocuidado, ressaltando-se o autocuidado terapêutico desses indivíduos em seus domicílios, seja com a utilização de formas físicas de auxílio (procedimentos técnicos científicos), seja na capacitação dessa população, através das ações de apoio e educação terapêutica (OREM, 1995).

Tem-se como ponto de partida o pressuposto de que, com o envelhecimento, a

população idosa apresenta alterações funcionais e cognitivas que podem ocasionar diferentes graus de dependência. De acordo com o grau de autonomia que o idoso se encontra, tem-se como prioritário, do ponto de vista das intervenções do enfermeiro, que este realize ações em favor do autocuidado, para aumento da consciência crítica, autonomia, melhoria e manutenção da qualidade de vida.

É válido destacar que, no sistema de apoio-educação, o papel do enfermeiro é o de promover o cliente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades. Entretanto, para a realização da presente investigação, acredita-se que os idosos classificados, de acordo com a teoria dos sistemas de enfermagem de Dorothea Orem, como parcialmente ou totalmente compensatórios necessitam, também, de orientações para a realização do seu autocuidado (OREM, 1995).

Ao estudar o processo educativo em saúde no contexto do desenvolvimento humano, observa-se a necessidade de enfatizar as teorias psicossociais do envelhecimento, as quais tentam explicar por que os idosos apresentam diferentes respostas ao processo de envelhecimento (WOLD, 2013).

Em vistas a compreender como a educação terapêutica contribui para o autocuidado, do ponto de vista dos idosos com doenças crônicas, considera-se necessário apoiar-se, de modo associado ao constructo de Orem, em uma abordagem teórica que dá bases ao processo educativo pelo enfermeiro nessa etapa do desenvolvimento humano. Dada a especificidade da questão em estudo, cujo foco recai sobre a educação junto a pessoas com avançado estágio no ciclo de desenvolvimento humano, optou-se pela teoria dialética de Klaus Riegel (RIEGEL, 1979).

Ao delinear a sua teoria, Riegel embasou-se na aceitação do princípio da contradição como elemento dinamizador do pensamento. Assim, a ênfase não está na superação das contradições, mas na consideração e apreensão destas contradições em um sistema integrado, compreendendo o conhecimento como um fluxo contínuo em que transformações e mudanças são elementos fundamentais (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

A preocupação de Riegel centrou-se na construção de uma Teoria Dialética do Desenvolvimento que abrangesse o ciclo vital humano (RIEGEL, 1979). Concebe o desenvolvimento como um processo que envolve contínuas mudanças no mundo individual e social, contemplando simultaneamente o transcurso vivencial do indivíduo e o desenrolar histórico da sociedade. Assim, não se pode entender o porquê do desenvolvimento de uma pessoa sem o estudo de sequências de eventos concretos que ocorrem na transação entre ela e o contexto sócio-histórico em que vive (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

Riegel (1979) propõe que os eventos que contribuem para o desenvolvimento humano são mais bem explicados ao longo de quatro dimensões, duas de natureza interna, denominadas biológico-interna e psico-individual, e duas de natureza externa, chamadas de sócio-cultural e físicoexterna. Essas quatro progressões estão

em permanente intercâmbio transformacional, englobando uma dialética interna, relacionada à atividade individual, seja biológica ou psicológica, e uma dialética externa, ligada a interações físicas e sociais entre os diversos indivíduos e acontecimentos. As dialéticas estão engajadas no processo ativo de mudança e desenvolvimento de cada pessoa e do mundo com o qual está relacionada (RIEGEL, 1979).

Para Riegel (1979), apesar de o desenvolvimento representar a coordenação ou sincronização entre cada uma e/ou entre as quatro progressões, isso nem sempre é possível, fator que desencadeia crise ou conflito. Entretanto, a crise ou o conflito não podem ser vistos de forma negativa, uma vez que representam um confronto construtivo, no qual a contradição ou a falta de harmonia são a fonte de novas alterações, tanto no indivíduo quanto na sociedade sendo, consequentemente, vistos como os fatores decisivos do desenvolvimento (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

Na medida em que os conflitos geram novas tarefas para o indivíduo e sociedade e estes conseguem realizá-las, a sincronia pode ser alcançada. Mas de acordo com a perspectiva dialética, o equilíbrio alcançado é novamente rompido pelo surgimento de novas questões, originando um novo desequilíbrio e assim sucessivamente em sequências de saltos desenvolvimentistas (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996). A dinâmica interação do transcurso existencial da pessoa e da sociedade está aliada à concepção de diálogo. Por meio da dialética dialogal, não apenas o sujeito e o mundo se transformam, mas também suas interações e posições (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996). Considera-se a bagagem cultural dos indivíduos, bem como um código compartilhado de comunicação. Neste cenário de múltiplas alterações, o diálogo representa mais do que a mudança entre dois indivíduos, encarnando mudanças ao longo da história sociocultural da humanidade, integrando assim mudanças de curto e longo prazo. (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

Apoiando-se nesse pensamento teórico, entende-se que os idosos são indivíduos que passam por constantes mudanças no processo de desenvolvimento, e que o surgimento das doenças crônicas e o enfrentamento a elas podem ser considerados como um conflito, o qual não deve ser visto de forma negativa. Para tanto, os processos de educação e apoio ao autocuidado, que constituem o equilíbrio/sincronia, podem ser desenvolvidos tanto de forma individual ou em grupo, com o aporte de uma equipe interdisciplinar. O enfermeiro constitui-se em mediador para o alcance das metas de aprendizagem e de autocuidado pelos idosos.

Levando-se em consideração o acima exposto, objetivou-se compreender as necessidades de educação terapêutica de idosos que convivem com doenças crônicas e que demandam apoio e educação para o autocuidado terapêutico, segundo o sistema de enfermagem proposto por Dorothea Orem.

2 | METODOLOGIA

Este artigo resulta de uma das etapas da pesquisa qualitativa intitulada NN [eliminado para efeitos da revisão por pares], realizada com a abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados – TFD e concluída na forma de uma dissertação de mestrado (STRAUSS; CORBIN, 2008). Apresenta a análise da categoria contextual: “O idoso com doença crônica necessitando de educação terapêutica”, cuja compreensão foi possibilitada por duas subcategorias: “realizando o autocuidado terapêutico” e “demandando tópicos específicos de educação terapêutica”, que serão apresentadas, respectivamente, pelos seguintes subtítulos: “Tensão do idoso para o autocuidado terapêutico” e “Demandas específicas de educação terapêutica”.

A pesquisa foi realizada em dois cenários: 1) um Ambulatório de Geriatria e Gerontologia de um Hospital Universitário da Zona da Mata mineira, a fim de identificar e selecionar os idosos participantes da investigação; 2) domicílio dos idosos selecionados, mediante consentimento prévio e agendamento por contato telefônico.

Os participantes foram doze idosos cadastrados e acompanhados no ano de 2014 pela equipe multidisciplinar do ambulatório supracitado. Através da consulta de enfermagem, foram identificados os idosos participantes. Após a identificação e caracterização desses idosos, utilizou-se a estratégia da amostra por conveniência a fim de selecionar e iniciar a investigação na segunda etapa da pesquisa, na qual o número de participantes obedeceu ao critério de amostragem e saturação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Foram incluídos idosos com 60 anos de idade ou mais, lúcidos, orientados e conscientes; com diagnóstico de doença crônica e que necessitavam se autocuidar em seus domicílios, podendo ser inseridos em sistema de apoio e educação, a fim de garantir a manutenção e a promoção de sua saúde e a prevenção de agravos (OREM, 1995).

Na coleta dos dados, utilizou-se a técnica da observação participante com entrevista aberta, realizada no domicílio dos idosos, guiada por questões disparadoras (fale como é o seu dia a dia; quais atividades desempenha diariamente para os cuidados com a sua saúde; facilidades, dificuldades e obstáculos para a realização do autocuidado; como faz para solucioná-lo; recorre a quem).

A análise dos dados foi feita em três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, conforme o referencial metodológico da TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008). Utilizou-se o software OpenLogos® 1.0.2 para organização dos dados gerados. As informações foram associadas e trabalhadas dentro das categorias de análise, e agrupadas através da similaridade. Partiu-se dos pressupostos dos teóricos Dorothea Orem e Klaus Riegel para se buscar avanços no âmbito desta temática.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer consubstanciado n. 288.843, atendendo à resolução 466/12 do Conselho

3 | RESULTADOS

Apreende-se dos resultados que, à medida que o idoso desenvolvia uma doença crônica, havia a necessidade de que aprendesse a se autocuidar no âmbito terapêutico no domicílio. Diante da vivência desse idoso na prática do seu autocuidado, identificou-se o conhecimento desse indivíduo no que permeia aspectos relativos à promoção e manutenção da saúde e prevenção de agravos oriundos das doenças crônicas. Emergiram, ainda, situações que apontaram para necessidades de educação terapêutica institucionalizada, em vistas a suprir a tensão do idoso para a realização do autocuidado terapêutico e as demandas específicas de educação terapêutica. Nessa dinâmica de movimento, novas vivências e demandas foram surgindo ao longo do processo de cuidar, dando continuidade ao ciclo de busca por suporte e capacitação para o autocuidado, o qual deve ser orientado pelo enfermeiro junto a uma equipe interdisciplinar.

[Tensão do idoso para o autocuidado terapêutico]

A sobrecarga física, o medo da morte e da piora do quadro clínico, aliados à sobrecarga emocional, proporcionavam uma condição de tensão para a realização do autocuidado terapêutico.

"Se eu ficasse nervosa, uma coisinha assim aqui dentro de casa, podia contar que a pressão subia e ficava ruim, sabe?" (Maria Betânia)

"Teve um dia que eu saí nervosa e parei lá na Policlínica. A enfermeira me perguntou se eu tinha ido sozinha. Eu não aguentava nem falar. Eu chorava. Ficava com aquele nó na garganta. Olharam minha pressão e eu estava com quase 22 de pressão naquele dia. Estava muito alta!" (Maria Betânia)

A sobrecarga emocional pode ser observada através de sinais e sintomas como: nervosismo, tensão, tristeza, angústia. Ela evidenciou-se nos idosos através da responsabilidade assumida com seus cuidados, do acúmulo de atividades e dos conflitos na família devido à falta de apoio. A sobrecarga pode gerar altos níveis de estresse, podendo contribuir para o prejuízo no autocuidado e consequente piora do quadro clínico desses idosos.

Além da sobrecarga emocional, o medo da piora do quadro clínico foi sentimento comum entre os idosos e se relacionou a vários fatores, como: medo de envelhecer, medo de não ser mais útil, medo de tornar-se dependente de terceiros.

"Eu posso dar um infarto de repente. Enfartando, pode dar um grau leve, mas pode dar um grau pior, aquele que leva à morte. Posso ficar aleijada, posso ficar

esquecida de várias coisas. Tudo isso. Tem que ter cuidado mesmo". (Elizabeth Cardoso)

"Falaram que a diabetes cega a pessoa. A primeira complicação que me falaram era que as veias menorzinhas vão secando e podem cegar. Áí aquilo me meteu medo. Eu falei: 'Opa!' Eu comecei a sentir na pele". (Tom Jobim)

Compreende-se que o medo da piora do quadro clínico fazia com que os idosos buscassem entender e se capacitar para os cuidados com a saúde. Ao serem esclarecidos a respeito das consequências negativas que a má prática do autocuidado terapêutico podia proporcionar, os idosos investiam na saúde a fim de preveni-las.

O medo da morte esteve relacionado ao medo de não ser mais útil na velhice, medo de morrer sozinho, medo de não poder mais aproveitar a vida.

"Tenho medo de morrer! Tenho medo de ficar velha e não poder fazer as coisas. E fico nervosa por causa disso. Tenho medo sim! Às vezes, acordo de madrugada e me dá aquela angústia de saber que eu estou sozinha. É a depressão, né?" (Gal Costa)

Evidenciou-se que a presença das doenças crônicas, a complexidade do tratamento e a perda da capacidade funcional levavam os idosos a temer a morte, principalmente quando moravam sozinhos.

Destaca-se ainda o sentimento de sobrecarga à família, identificado quando os idosos recebiam a colaboração de pessoas da família para o autocuidado, entretanto sentiam-se um "peso" ou "obstáculo" na vida desses familiares.

"Fui uma vez ao encontro da geriatria. Não fui mais porque ficou difícil para minha filha me levar, ficar esperando e depois me trazer. Fica difícil, então eu desisti". (Wanda Sá)

A tensão do idoso para o autocuidado terapêutico reflete a necessidade de intervenções de enfermagem que busquem a superação dessa condição que aponta para um contexto negativo e que contribui para elevar os níveis de sobrecarga e desconforto emocional que, consequentemente, comprometem o bem-estar sociocultural, a qualidade de vida e as condições de saúde dos idosos.

[Demandas específicas de educação terapêutica]

Após discorrer sobre as tensões que envolvem o autocuidado dos idosos no domicílio, dar-se-á destaque às demandas específicas, do sistema e dos profissionais de saúde, que surgem da necessidade que o idoso tem de aprender sobre o autocuidado terapêutico e do movimento em busca por essa aprendizagem.

O esquecimento caracterizou-se como situação em que o idoso relatou não se lembrar de ações específicas a serem realizadas em prol do seu cuidado, podendo

ocasionar agravos à saúde.

"Tem uma coisa que é engraçada. Tem dia que eu esqueço a medicação da noite e durmo maravilhosamente bem e, no dia que falta aquele remédio, aí eu já não durmo, preocupada. Quando eu não tomo porque esqueci, eu nem ligo para remédio, eu durmo". (Cynthia Mendes)

"Às vezes, eu esqueço. Tem medicações que eu tomo três vezes por dia. Depois do café, eu tenho que tomar o remédio, mas, às vezes, eu esqueço de tomar. Só vou lembrar na hora do outro, do da noite. E, às vezes, eu esqueço o da noite também". (Gal Costa)

O despreparo para o autocuidado, caracterizado como a falta de conhecimentos ou de habilidades do idoso para realizar os cuidados que necessita, evidenciou-se como uma demanda importante para atuação da enfermagem.

"Quando vejo que minha vista parece que está escurecendo um pouco, fico deitada que passa! Continuo fazendo o que tenho que fazer. E aquilo me distrai e eu esqueço". (Maria Betânia)

"A nutricionista me deu o nome de um adoçante azul. Não posso comprar o vermelho porque ele é doce mesmo. Ela falou para comprar o azul, mas eu não achei. Enquanto eu puder comer biscoito doce e beber café amargo, vou continuar..." (Eliana Pittman)

Compreende-se que os idosos podem apresentar falta de conhecimento a respeito de alguns cuidados com sua saúde, levando a possíveis agravos que refletem diretamente na qualidade de vida desses indivíduos.

A análise dos dados permitiu identificar a automedicação entre os idosos, caracterizada pela situação em que o idoso ingeria medicamentos por conta própria em casa, sem orientação médica, aconselhado, quase na totalidade, por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou balconistas de farmácia.

"Eu sentia dores mais ou menos e tomava remédio para dor... Tomava por minha conta mesmo". (Gal Costa)

"Qualquer machucado, eu trato com um antibiótico próprio, você põe no machucado e dentro de 2 ou 3 dias sara. Pra você ver, esse tombo que levei, dentro de 10 dias já estava tudo cicatrizado". (Caetano Veloso)

Ainda contemplando as demandas específicas de educação terapêutica, destaca-se a falta de preocupação diante da doença crônica, caracterizada como situação em que o idoso demonstrou não se preocupar com a presença da doença crônica e com os cuidados para prevenir complicações.

"Acho que eu poderia fazer alguma coisa a mais [a fim de cuidar da saúde], mas minha coragem está tão pouca". (Maria Betânia)

"Foi o meu ginecologista que mais me orientou para eu tomar cuidado com o sol. Mas depois você perde o medo, você larga para lá e toma sol mesmo! Tem dia que vou à tarde ao jardim, não passo filtro solar nem nada". (Elis Regina)

Ao se deparar com situações específicas de necessidades terapêuticas, torna-se importante que o enfermeiro elabore um plano de cuidados individualizado junto ao idoso, o qual respeite o contexto sociocultural, os valores e hábitos desses indivíduos, a fim de minimizar o desgaste e as tensões vivenciadas no processo de cuidar em casa.

4 | DISCUSSÃO

[Tensão do idoso para o autocuidado terapêutico]

A compreensão acerca de como os constructos teóricos de Orem podem subsidiar o autocuidado terapêutico de idosos com doenças crônicas no domicílio, com ênfase para as necessidades de educação terapêutica, é fundamental. Considerando que as doenças crônicas podem acarretar agravos importantes, a enfermagem deve habilitar-se para garantir a realização adequada do autocuidado terapêutico dos idoso em seus domicílios, seja com a utilização de formas físicas de auxílio (procedimentos técnicos científicos), seja na capacitação através das ações de apoio e educação terapêutica (OREM, 1995).

A educação terapêutica permite minimizar a sobrecarga emocional do idoso ao proporcionar o conhecimento e a capacitação necessários ao processo de cuidado no domicílio, a fim de garantir o equilíbrio do desenvolvimento (sincronia), mantendo consistentes aos alicerces internos e externos que o sustenta, conforme a concepção de Riegel (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

Segundo Vianna e colaboradores (2012) há duas formas de mudanças que envolvem a fase do envelhecimento: a primeira, consciente e tranquila, reconhecendo o que há de importante nessa etapa de vida para desfrutá-la da melhor maneira, mesmo com limitações, surgindo imagens positivas da velhice e do envelhecimento; a segunda, intensa, quando associada à doença e incapacidade, quando os idosos tendem a representar imagens negativas do envelhecimento. Tudo depende da relação que a pessoa estabelece com sua própria velhice (VIANNA; LOUREIRO, 2012).

O medo da piora do quadro clínico fazia com que os idosos buscassem aprender e desenvolver habilidades para realizar os cuidados demandados pelo desvio de saúde, em especial os relacionados ao tratamento, à prevenção de agravos e a promoção da saúde. Permite-nos o entendimento de que a tomada de consciência sobre as consequências da doença provoca o medo, e é este que os levavam, progressivamente, às mudanças de atitudes, melhorando a adesão ao autocuidado terapêutico.

Torna-se essencial uma abordagem específica sobre a importância da adesão ao processo terapêutico, a fim de minimizar os agravos clínicos e a consequente crise no desenvolvimento, segundo Riegel (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996), caracterizada pela perda de equilíbrio. Tendo em vista a importância das crises e dos conflitos para o estudo do desenvolvimento, Riegel reafirma a concepção de que qualquer mudança deve ser precedida por um estado de desequilíbrio (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

O enfermeiro, no contexto do autocuidado terapêutico de idosos com doenças crônicas, apresenta competência de gerenciar o processo de educação terapêutica e identificar fontes de apoio e suporte a fim de contribuir com a meta de minimizar ou eliminar a sobrecarga emocional (conflitos/desequilíbrios) oriunda da tensão do processo de cuidar no domicílio (NICOLATO; COUTO, 2016; RIEGEL, 1979).

Além destas competências, em consonância com o pensamento de Orem (1995), o enfermeiro pode analisar como e onde será importante a sua atuação, para dar segurança ao idoso e/ou ao cuidador familiar, caso o idoso seja dependente ou parcialmente dependente de ações específicas de enfermagem nos cuidados domiciliares. Caso o idoso seja independente, torna-se essencial o apoio e educação terapêutica, para capacitar o indivíduo para o autocuidado, dando suporte e servindo como referência em casos de dúvidas e perguntas (OREM, 1995).

Evidenciou-se que inúmeros fatores levavam os idosos a temer a morte, principalmente quando moravam sozinhos. Esse fato ficou destacado no relato de Gal Costa, quando diz “Às vezes, acordo de madrugada e me dá aquela angústia de saber que eu estou sozinha”. Observa-se que a idosa teme se sentir mal em casa durante a noite e não ter ninguém para socorrê-la, o que leva ao medo da morte.

Na sociedade atual, percebe-se o silêncio quando se trata de situações de morte e de velhice, uma vez que ela é tida como seu prenúncio. Assim, é importante que os profissionais de saúde abordem a questão da morte nos atendimentos aos idosos. A morte e a velhice, principalmente quando se trata de um idoso com doença crônica, devem ser abordadas com naturalidade, pois, à medida que as pessoas tomam consciência de sua finitude, compreendem a vida em sua complexidade e repensam seus valores (VIANNA; LOUREIRO et al, 2012; ELIOPOULOS, 2011).

O medo da morte deve ser constantemente trabalhado e discutido com os idosos. Esse medo pode ser o principal responsável por uma crise em sentido negativo gerada por assincronia das dimensões do desenvolvimento humano riegeliano (RIEGEL, 1979).

A fim de auxiliar o idoso a minimizar ou esgotar o sentimento de medo da morte, é importante também que os enfermeiros analisem suas próprias atitudes relativas à morte. Compreendendo a própria mortalidade, estarão mais à vontade para ajudar as pessoas que se encontram envolvidas nessa crise ou conflito (KUSTER; BISOGNO, 2010).

Ao dar continuidade à compreensão das tensões vivenciadas pelos idosos na realização do autocuidado no domicílio, destaca-se o sentimento de sobrecarga à

família.

Wanda Sá, por exemplo, sentia a necessidade de participar dos grupos de educação terapêutica que era convidada, entretanto por não conseguir se deslocar em grandes distâncias, não gostava de ocupar o tempo de sua filha para tal atividade.

Evidencia-se que o idoso, devido às consequências relacionadas ao processo de envelhecimento ou surgimento de doenças crônicas, muitas vezes, acabavam por privar-se de algumas atividades de seu interesse devido à dificuldade de deslocamento, falta de acompanhante, restringindo seu espaço e rede social.

Estudo aponta que nos cuidados com os idosos que possuem doenças crônicas, alguns sacrifícios e compromissos são comuns, quando os familiares assumem os papéis de cuidadores (ELIOPOULOS, 2011). Os enfermeiros neste cenário podem ser úteis, ajudando os familiares e os idosos a avaliarem suas responsabilidades de cuidados, identificando quando precisam ser consideradas outras opções de apoio, como por exemplo, o Serviço de Atenção Domiciliar, ou ainda, caso possível, a contratação de um cuidador formal (OREM, 1995).

A presença dos sentimentos negativos oriundos da dependência de terceiros para algumas atividades demonstra a necessidade de ações de enfermagem que visem a superação dessa condição, a qual eleva a sobrecarga e o desconforto emocional, tanto da família quanto do idoso que necessita se autocuidar em casa.

[Demandas específicas de educação terapêutica]

Após discorrer sobre as tensões que envolviam o autocuidado dos idosos no domicílio, dar-se-á destaque às demandas específicas de educação terapêutica.

As queixas de esquecimento foram relacionadas principalmente à administração de medicamentos. Considerando que a presença da doença crônica está aliada frequentemente a uma complexa terapêutica, envolvendo mudança de hábitos, prática de atividades físicas e terapêutica medicamentosa, é importante que se entenda o contexto social do idoso para que se estabeleça um plano de cuidados individualizado. Assim, a utilização de estratégias de memória, que visem à recuperação de informações complexas e rotineiras, é importante para garantir o seguimento do regime terapêutico realizado pelo idoso no domicílio.

A memória permite que os indivíduos retenham e possam resgatar sensações, ideias, conceitos e impressões previamente aprendidas. A mente humana é capaz de recuperar as informações conforme necessidade, correlacionar fragmentos de informações, realizar julgamentos, resolver problemas e criar ideias (WOLD, 2013).

Tendo em vista o comprovado declínio cognitivo de pessoas idosas, estes indivíduos são fortes candidatos a não adesão terapêutica. A necessidade de realização de regimes terapêuticos complexos, difíceis de serem seguidos, e de usarem seus medicamentos diariamente, nos mesmos horários, requer uma atividade mnemônica, que se encontra, muitas vezes, prejudicada nos idosos (WERLANG; ARGIMON et al,

2008).

Considerando a importância da memória para o desempenho das práticas de autocuidado terapêutico no domicílio e a fim de promover a saúde, a autonomia, a qualidade de vida e a progressão do envelhecimento saudável, as Oficinas de Memória representam estratégias positivas em vistas ao estímulo da memória dos idosos que se queixam de esquecimento.

O despreparo dos idosos para o autocuidado terapêutico merece total atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro. É essencial que o idoso e o cuidador, caso exista, recebam orientações e aprendam como realizar os cuidados em casa.

À luz da teoria dialética de Riegel, o despreparo para o cuidado representa um conflito negativo gerado por assincronia de uma ou mais dimensões do desenvolvimento. Esse conflito deve ser interpretado como gerador de conhecimentos, ações e sentimentos, de forma tal que seja aproveitado nos momentos de educação terapêutica com os idosos (RIEGEL, 1979; ISAIA, 1996).

Os momentos de consultas individuais, grupos educativos e visitas domiciliares representam possibilidades de resgate da bagagem cultural dos idosos, para identificar aspectos positivos e negativos referentes ao autocuidado realizado em casa, em vistas à melhora do quadro clínico e efetividade da terapêutica (OREM, 1995; RIEGEL, 1979).

A reflexão e a tomada de consciência crítica, em busca da autonomia do idoso em relação a sua saúde, são essenciais ao autocuidado, que representa, no contexto da assistência à saúde, a corresponsabilização do idoso com a sua qualidade de vida.

O enfermeiro, no processo sistematizado do cuidado e utilizando a perspectiva teórica de Orem (1995), deve identificar a capacidade dos idosos em realizar o autocuidado terapêutico, instigá-los a se tornarem atores ativos no processo de cuidado e, por meio de visitas domiciliares, apoiar e ensinar os cuidados necessários e possíveis de serem realizados pelo idoso, objetivando dar-lhe suporte e apoio assim como à sua família (OREM, 1995).

Assim como é necessário “ensinar os idosos” para ajudá-los a se tornarem atores ativos do processo de saúde e doença, faz-se necessário que os enfermeiros que atuam junto a essa população como educadores, se mantenham atualizados e utilizem de metodologias e práticas educativas pertinentes à aprendizagem nesta faixa etária. A necessidade de atualização do educador embasa-se na perspectiva de movimento contínuo, conforme Riegel (1979), o qual há um processo constante de mudanças tanto do indivíduo, no caso o idoso, quanto da sociedade, representada pelos enfermeiros (RIEGEL, 1979).

A análise dos dados permitiu identificar ainda automedicação entre os idosos. Essa prática representa um sério problema de saúde pública, uma vez que é fator gerador de efeitos adversos, reações alérgicas, intoxicações, interações medicamentosas e também pode retardar o diagnóstico de alguma patologia (TELLES; ALMEIDA et al, 2013).

Tornou-se possível a compreensão de que as rotinas de cuidados decorrentes da presença de doenças crônicas faziam com que os idosos se automedicassem em casa devido a dois fatores principais: demora na marcação e atendimento nas instituições de saúde e experiências positivas de medicamentos utilizados em outros momentos do processo saúde e doença.

É imprescindível identificar a ocorrência da automedicação nos idosos, para que sejam desenvolvidas ações em saúde que visem ao uso racional de medicamentos e que forneçam subsídios para a maximização das condições de saúde individual e coletiva, assim como práticas de cunho preventivo (TELLES; ALMEIDA et al, 2013).

Dessa maneira, para o autocuidado terapêutico, o enfermeiro deve criar estratégias que facilitem a administração dos medicamentos; orientar e apoiar esses indivíduos em caso de dúvidas e perguntas, visando prevenir possíveis agravos à saúde decorrentes de interação medicamentosa, efeitos adversos, garantindo assim a autonomia e independência desse grupo populacional (OREM, 1995).

A falta de preocupação diante da doença crônica constitui-se como uma demanda de educação terapêutica, pois faz com que o cuidado terapêutico fique aquém do que se é esperado. Assim, a adesão às práticas educativas visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos acaba sendo baixa pela falta de consciência crítica dos idosos diante da importância do autocuidado terapêutico no contexto do tratamento de sua doença.

A não preocupação com os aspectos relacionados aos cuidados com a doença faz com que os pilares, internos e externos, do desenvolvimento proposto por Riegel fiquem fragilizados. Devido à falta de preocupação, o idoso se torna vulnerável a várias crises que podem surgir dentro das dimensões interno-biológica, individual-psicológica, cultural-sociológica e externo-física, podendo gerar agravos à saúde dessa população (RIEGEL, 1979).

Crises e conflitos representam confrontações construtivas, que fornecem a fonte para novas mudanças no interior do indivíduo, no caso o idoso, e da sociedade, representada pelo enfermeiro, sendo, consequentemente, vistos como os decisivos do desenvolvimento e das mudanças de hábitos (RIEGEL, 1979).

Encontros em grupos podem facilitar o processo reflexivo dos idosos, uma vez que a troca de experiências e o diálogo entre os participantes representa estratégia de crescimento e desenvolvimento humano, tendo-se o enfermeiro como mediador e facilitador desse momento.

Isaia (1996), apoiando-se no pensamento de Riegel (1979), contribui neste aspecto ao apontar que a educação é fator gerador de desenvolvimento em todas as fases da vida humana e, os indivíduos, dentro dessa análise, não podem ser vistos apenas como usuários passivos da produção cultural, mas como indivíduos capazes de apropriarem-se ativamente desta produção.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da concepção construtivista e interpretativa que orientou esta investigação, compreendeu-se que idosos ao receberem orientações terapêuticas, durante a consulta de enfermagem e a inserção em grupos educativos, para serem operacionalizadas em casa são influenciados pela forma como apreenderam as informações e orientações recebidas; pela cultura e práticas de saúde que possuem aderência; pela capacidade de reter e reproduzir as informações e/ou conhecimento novos e pelas demandas e relevância que atribuem às práticas de autocuidado.

Espera-se que esta investigação contribua para o planejamento das ações das equipes interdisciplinares de atenção à saúde do idoso e que o enfermeiro, ao estar ciente das dificuldades e demandas apresentadas por esses indivíduos na realização do autocuidado, repense a organização do processo de trabalho, avaliando as atividades de educação em saúde, como grupos de apoio/capacitação e a realização de visitas domiciliares, que atendam as necessidades individuais de cada idoso, contribuindo para diminuir a tensão vivenciada em seus quotidianos.

Deseja-se ainda que o estudo possa iluminar o pensamento dos enfermeiros em vistas à valorização da função de educador que esse profissional possui junto à sociedade, resgatando a consulta de enfermagem sistematizada seja dentro de instituição de saúde ou no próprio domicílio dos idosos.

Destaca-se como limitação desta pesquisa, a necessidade de uma amostra mais significativa e representativa da população do estudo, o que permitiria uma maior validade externa dos dados.

REFERÊNCIAS

- BORTOLI, C.S.H.; LAW, W.L.; ELIAS, M.S.S.; MORÁN, P.L.; ZARATE, G.R.A.; LINDA, M.C. et al. **A Situação da Educação em Enfermagem na América Latina e no Caribe Rumo à Saúde Universal.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 25: e2913, 2017.
- CECATO, J.F.; BARTHOLOMEU, L.L.; FERREIRA, P.P.; MONTIEL, J.M.; BARTHOLOMEU, D.; MARTINELLI, J.E. **Correlações entre aspectos da memória e aprendizagem em população Idosa.** Revista de Ciências Humanas. 47(1): 133-151, 2014.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica.** 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- GRDEN, C.R.B.; LENARDT, M.H.; SOUSA, J.A.V.; KUSOMOTA, L.; DELLA ROZA, M.S.G.; BETIOLLI, S.E. **Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 25: e2886, 2017.
- ISAIA, S.M.A. **Fundamentos psicológicos da educação: uma leitura vygotskiana e riegeliana.** Perspectiva. 1996; 24: 111-124.
- KUSTER, D.K.; BISOGNO, S.B.C. **A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes.** Disc. Scientia. 11(1): 9-24, 2010.
- MACHADO, W.C.A.; MOUTINHO, J.A.; FIGUEIREDO, N.M.A.D. **Estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos no Centro Sul Fluminense, Brasil: relato de experiência.** Revista

MALTA, D.C.; BERNAL, R.T.I.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S.S.C.; SILVA, M.M.A.; FREITAS, M.I.F. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil.** Rev. Saúde Pública. 51(1): 4s. 2017.

MELO, D.D.S.; MARTINS, R.D.; JESUS, R.P.F.S.; SAMICO, I.C.; SANTO, A.C.G.D.E. **Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults.** Rev. Saude Publica. 26: 51-62, 2017.

NICOLATO, F.V.; COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B. **Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde.** Enferm. Cent. O. Min. 6(2): 2199-2211, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma: 122^a sección.** Washington: OMS/OPAS; 1998.

OREM, D. **Nursing concepts of practice.** 5^a ed. New York: Mosby; 1995.

RIEGEL, K. **Foundations of dialectical psychology.** New York: Academic Press; 1979.

SATO, A.T.; BATISTA, M.P.P.; ALMEIDA, M.H.M. **Programas de estimulação da memória e funções cognitivas relacionadas: opiniões e comportamentos dos idosos participantes.** Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 25(1): 51-9, 2014.

SILVA, A.M.M.; MAMBRINI, J.V.M.; PEIXOTO, S.V.; MALTA, D.C.; LIMA-COSTA, M.F. **Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional.** Rev. Saúde Pública. 51(1): 5s, 2017.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TELLES FILHO, P.; ALMEIDA, A.; PINHEIRO, M. **Automedicação em idosos: um problema de saúde pública.** Rev. enferm. UERJ. 21(2): 197-201, 2013.

VIANNA, L.G.; LOUREIRO, A.M.L.; ALVES, V.P. **O velho e a morte.** Revista Temática Kairós Gerontologia. 15(4): 117-132, 2012.

WERLANG, M.C.; ARGIMON, I.I.L.; STEIN, L.M. **Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem o uso dos seus medicamentos.** Estud interdiscipl envelhec. 13(1): 95-115, 2008.

WOLD, G. **Enfermagem Gerontológica.** 5^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

CAPÍTULO 11

EDUCAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PARTICIPATIVA EM SAÚDE

Zaléia Prado Brum

Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Campus Santo Ângelo/RS. Membro do GEPESE.

Narciso Vieira Soares

Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Campus Santo Ângelo/RS. Membro do GEPESE.

Rosane Teresinha Fontana

Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Campus Santo Ângelo/RS. Membro do GEPESE.

Jane conceição Perim Lucca

Mestre em Ensino Científico e Tecnológico. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Campus Santo Ângelo/RS. Membro do GEPESE.

Sandra Maria Cardoso Melo

Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal Farroupilha. Campus Santo Ângelo/RS.

Francisco Carlos Pinto RODRIGUES

Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Campus Santo Ângelo/RS. Membro do GEPESE.

1988, nos artigos 196 ao 200, trata da criação do Sistema Único de Saúde SUS. A lei nº 8.142/90 estabelece as formas de participação da população na gestão do SUS .Este trabalho objetivo fortalecer o Controle Social na Saúde a partir de oficinas temáticas realizadas em oito municípios na região noroeste do RS. A perspectiva metodológica destas oficinas fundamentou-se na concepção dialética da educação popular, onde as técnicas educativas adotadas serviram de ferramentas de apoio para educação dialógica .Houveram instrumentalização e reflexões para o empoderamento na atuação dos Conselheiros de Saúde como elementos catalisadores da participação da comunidade no processo de implementação do SUS, e a compreensão do espaço dos Conselhos como de manifestação de interesses plurais, frequentemente conflitivos e negociáveis. Também ocorreram debates sobre as possibilidades de estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos e o incremento da articulação com suas bases. Observou-se a necessidade de mais espaços educativo e reflexivo das políticas de saúde e do papel dos conselhos para o exercício da democracia participativa.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único e Saúde; Conselho de Saúde; Democracia Participativa.

RESUMO: A Constituição Federal (CF), de

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF), de 1988 que em seu artigo 5º, garante a inviolabilidade do direito à vida, indistintamente, a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País e, nos artigos 196 ao 200, trata da criação do Sistema Único de Saúde SUS. Artigos que são regulamentados pela lei 8080/90 e pela lei nº 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

As conferências com objetivo de avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e os Conselhos como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Nestas instâncias, a comunidade, por intermédio de seus representantes, pode formular opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde (BRASIL, 1988).

Os conselhos de saúde, foram sendo implantados, acumulando diferentes experiências no território brasileiro. De acordo com a CF, os municípios ganharam a titularidade de entes federados autônomos, dotados de autonomia jurídica, política, administrativa e financeira Ministério da Saúde (MS). A democracia participativa, a qual promove o engajamento popular na prática da cidadania, no contexto do Sistema Único de Saúde vem sendo legitimada de diferentes formas, através das reuniões dos Conselhos e dos Encontros (regionais e nacionais) de Conselhos e Conselheiros, e passa por permanentes negociações entre os interesses específicos de cada segmento representado no conselho. Falando especificamente dos conselhos, esses inauguram “um novo espaço institucional de exercício da democracia, rompendo as fronteiras tradicionais da representação” (BORBA, 2004, p.33).

Esses fóruns de caráter deliberativo têm a possibilidade de participar de um processo decisório com reflexos na dinâmica das políticas públicas, pois segundo Cortes (1996) a participação social pode ser parte no processo de decisão política, expressando os interesses através de canais participativos. Nos Conselhos, a participação social não ocorre de forma direta e individual. Diferentemente de outros espaços e instituições participativas, como as conferências e as audiências públicas, nos conselhos, a participação institucional ocorre sobre prerrogativas legais que determinam a representação por meio de associações, organizações ou “entidade sociais”.

Os conselhos gestores de saúde foram criados justamente com o intuito de serem espaços de negociações das políticas (e, portanto, de decisões políticas), com a participação da população na sua gestão e como importante elemento da democratização. A participação por associações configura um tipo de participação e representação que não obedece a critérios de universalidade no processo de escolha dos representantes, a exemplo do voto direto, secreto e universal (LUCHMANN, 2011).

A dimensão decisória da participação está presente em todos os temas que

tratam da democracia. Entretanto, as práticas dos conselhos gestores têm expressado vários problemas em relação à possibilidade de tomada de decisões pelos vários segmentos. Como afirma Wendhausen (2000, p. 39) para que a participação “possa ser um avanço, no sentido de buscar descentralização de espaços de poder, através da instituição do mecanismo de controle e participação popular” é necessário penetrar no interior desses espaços, levantando as dificuldades e possibilidades de organizar novos atores e novos poderes, levando em consideração que a descentralização não leva automaticamente à democratização da saúde.

Para Borba e Luchmann (2010), considerando que, nos Conselhos gestores de políticas públicas, de maneira geral, os representantes são escolhidos em fóruns próprios ou indicados por setores ou organizações sociais, o desenho institucional dos conselhos não assegura que todos os cidadãos sejam automaticamente membros do processo deliberativo. Esses autores sustentam que: no caso de várias organizações da sociedade civil, percebe-se, na constituição desses espaços institucionais, a conquista de uma legitimidade pelo fato de promoverem, de diferentes formas, a defesa das variadas “causas” sociais e de demandas e interesses de grupos e setores sociais historicamente excluídos dos processos de decisão política.

Assim, a intrínseca relação entre representação e sociedade civil (nestes espaços) vem ocorrendo, no País, pelo fato de que foram (fundamentalmente, mas não exclusivamente) organizações deste campo que lutam pela implementação e institucionalização de espaços participativos de gestão de políticas públicas, espaços estes, que em grande medida, foram programados ou desenhados visando à incorporação de diversos segmentos sociais que, nas últimas décadas ganharam legitimidade pública na defesa e ampliação de direitos (BORBA; LUCHMANN, 2010, p. 233).

Vários autores, entre eles Cortes (1998), Borba (2004), Wendhausen (2002) e Carvalho (1995) Cardoso (2004) tem pesquisado sobre a participação nos conselhos e vislumbram inúmeras dificuldades para a concretização dos princípios democráticos. Dentre elas podemos citar: a falta de informação que vai desde a sua sonegação pelos governantes, passando pela dificuldade de entendimento da linguagem, até a falta de capacitação dos conselheiros para atuar nos Conselhos; desinformação da população que, na maioria das vezes, não sabe da existência dos Conselhos e de seu papel; a manipulação política do Conselho pelos governantes; as desigualdades de poder entre os vários atores participantes do conselho; dificuldade de mobilização da sociedade para participar nos conselhos e associações; cooptação dos conselheiros por parte dos governos; a capacidade diferenciada de acesso a recursos políticos pelos conselheiros, de modo que a paridade numérica não se reflete em paridade efetiva no processo de discussão e tomada de decisões.

Para que os conselheiros possam participar efetivamente do processo decisório é importante que conheçam as competências dos Conselhos de Saúde e dos conselheiros. Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se

em importante estratégia de aperfeiçoamento da gestão e atenção nos serviços de saúde.

Um dos propósitos estabelecidos pela política de Educação Permanente foi o de “instrumentalizar os conselheiros para acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, melhorando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS”. Um dos principais problemas em relação à efetividade da participação está relacionado com a fraca mobilização da sociedade para as ações de cidadania, pois a população não está suficientemente organizada e muito menos mobilizada para incorporar os mecanismos institucionais de participação (GOHN, 2005).

Apesar disso, os conselhos de saúde são instrumentos de representação, participação e deliberação da sociedade civil na política de saúde. Todavia e para que tenham eficácia e efetividade faz-se necessário a capacitação dos conselheiros, é também importante as articulações, dentre as quais: a paridade não somente em número, mas também no exercício da participação, a qual reduz o censo de distanciamento dos centros de poder, nutre uma preocupação com problemas coletivos e contribui para a formação de cidadãos capazes de ter interesses em assuntos governamentais. Isso serve para destacar ideias de identidade coletiva, cooperação, reciprocidade como elementos para se atingir um desenvolvimento sustentável e revelar um potencial inestimável para a reafirmação de “práticas de participação cidadã que produzem interpelações democráticas capazes de reverter o quadro de incerteza e de exclusão social que tem caracterizado o cenário latino-americano do novo milênio” (BAQUERO, 2001, p. 181).

Nesse processo de formação de cidadãos com ênfase nos valores que visem o bem da comunidade, a relação educação e democracia constituem, para Baquero (2005), o capital social como instrumento mediador nesse processo de formação, a educação dialógica contribuindo para aumentar a eficiência da sociedade na participação das decisões das políticas públicas. É impossível pensar em diálogo sem a presença do outro, o outro que necessita pronunciar e ser escutado para ensinar e aprender diante de toda a demanda que o diálogo propõe, desde que valorizado, problematizado, e que traga significado aos sujeitos nele envolvidos.

Destaca Trombetta (2011, p. 40): [...] O que sustenta o diálogo é o reconhecimento, o respeito e o amor ao outro. Não há educação libertadora onde se nega o outro e suas experiências, suas histórias. Cada um de nós é também suas histórias, seus saberes aprendidos na escola do mundo. Nesta perspectiva, criam-se espaços para que o outro pronuncie a si e ao mundo, e esta possibilidade de dizer a palavra é toda a Pedagogia, pois o falar, o ato de pronunciar o mundo exige que o sujeito comprehenda, organize conceitos, reflita e selecione o que realmente é significativo para ele dialogar em determinado momento.

O mandato dos conselheiros é na maioria de quatro anos de acordo com a Lei de criação dos conselhos em cada município e também há troca constante de gestores.

É um Órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal.

Os conselhos devem funcionar com periodicidade, ter um local das reuniões, ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento. Os conselhos de saúde são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

O conselho analisa e aprova o plano de saúde; analisa e aprova o relatório de gestão; informa a sociedade sobre a sua atuação. Todo conselheiro deve ter conhecimentos sobre a lei de criação do conselho municipal ou do conselho estadual, do conselho distrital e do Conselho Nacional de Saúde, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o Plano de saúde local e do Relatório de gestão.

O conselho é muito mais que um espaço de participação social na administração do sistema público, é uma estratégia institucional. E, tem por finalidade não somente abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar a dinâmica social, no sentido de sua organização em associações de interesse, num processo de desenvolvimento de uma cultura cívica participativa (MARTINS et al, 2008) e também para (SANTIN et al, 2016) “trata-se de mecanismo participativo destinado a aperfeiçoar as políticas públicas do País, fazendo com que sejam realizadas de acordo com os interesses e as necessidades reais daquela comunidade”. O que mais se destaca como relevante neste instituto participativo é sua total institucionalização dentro da organização da administração pública. Sendo uma instância obrigatória para orientar as ações do Executivo e das secretarias municipais, representando uma proposta concreta e ativa de descentralização do poder e seu compartilhamento entre Estado e sociedade civil. Sendo assim, o trabalho desenvolvido teve como objetivo o fortalecimento do Controle Social na Saúde a partir de oficinas temáticas realizadas em oito municípios na região noroeste do RS, considerando a necessidade de instrumentalizar os Conselheiros de Saúde para o exercício de sua competência legal, através da disponibilização de informações e conhecimentos necessários à efetividade

do controle social do SUS, além de discutir as diretrizes e os princípios que definem o modelo assistencial do SUS, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um trabalho de educação. No total, foram realizadas 23 oficinas municipais voltadas para o trabalho com conteúdos de forma participativa e acessível, com vistas à elevação da consciência crítica dos sujeitos envolvidos.

Obteve-se uma amostra de 720 sujeitos. Organizaram-se oficinas com oito horas de duração e, em grupos de até 30 pessoas, utilizamos metodologias que buscassem a construção coletiva do conhecimento, baseada na experiência do grupo, considerando que o conhecimento é fruto da prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. A perspectiva metodológica destas oficinas fundamentou na concepção dialética de educação popular, onde as técnicas educativas adotadas serviram de ferramentas de apoio.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Partiu-se da necessidade de instrumentalizar os Conselheiros de Saúde para o exercício de sua competência legal, através da disponibilização de informações e conhecimentos necessários à efetividade do controle social do SUS foram discutidos as diretrizes e os princípios que definem o modelo assistencial do SUS, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação. Pode-se concluir através de Freire: O diálogo e a problematização não adormecem ninguém. Conscientizam. Na dialogicidade, na problematização, educador-educando e educando-educador vão ambos desenvolvendo uma postura crítica da qual resulta a percepção de que este conjunto de saber se encontra em interação. Saber que reflete o mundo e os homens, no mundo e com ele, explicando o mundo, mas, sobretudo, tendo de justificar-se na sua transformação (FREIRE, 2001, p.303).

Houveram reflexões com o intuito de fortalecer a atuação dos Conselheiros de Saúde como elementos catalisadores da participação da comunidade no processo de implementação do SUS e propiciar a compreensão do espaço dos Conselhos como de manifestação de interesses plurais frequentemente conflitivos e negociáveis. Também ocorreram debates sobre as possibilidades de estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos e o incremento da articulação com suas bases.

Dessa forma existe a possibilidade de contribuir para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas. Além disso, as discussões contribuíram para a estruturação e articulação de canais permanentes de

informações sobre os instrumentos legais, alimentados pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Entidades Governamentais e Não-Governamentais.

Os temas foram discutidos e aprofundados a partir do que os sujeitos já conhecem ou pensavam sobre ele, a leitura da realidade — não é só dado objetivo, o fato concreto, se não, também, a percepção que o homem tem dela (FREIRE, 1976, p.32). A realidade é compreendida por nós como ponto de partida na diagnose de necessidades e possibilidades para o permanente (re) planejamento das atividades em um processo reflexivo, permitindo a compreensão do desenvolvimento profissional e as intervenções para a sua otimização enquanto contexto cooperativo de educação permanente, de investigação dos movimentos da educação, de sistematização e socialização das produções decorrentes do processo, sendo então explicitados com o auxílio de dinâmicas de grupo e da roda de conversa.

Freire (1976) destaca que o dialogo tem como essência a prática da liberdade, e os alunos percebem que há uma diversidade grande de postura de professores, e que alguns não tem voz ativa e outros são rigorosos disciplinarmente e — imprensam o aluno na parede. Neste primeiro momento o SUS que temos e o SUS que queremos.

Os temas propostos não foram necessariamente nesta ordem apresentada, foram trabalhadas de acordo com a realidade e necessidade de cada Município. São eles: a) Saúde e cidadania: A política de saúde brasileira e a seguridade social; b) Estruturação do conselho de saúde; c) A participação e o Controle Social na Saúde: o papel do conselheiro; d) SUS! O desafio da realidade: onde estamos e para onde vamos?; e) SUS: planejamento, financiamento e avaliação.

Estes temas foram apresentados em dois grandes blocos: A política de saúde brasileira e o controle social na saúde. A política de saúde brasileira teve como objetivo provocar nos participantes reflexões e discussão acerca do conceito de saúde, a saúde na esfera da seguridade social, a constituição da política de saúde brasileira, aspectos conceituais e legais do SUS (onde estamos e para onde vamos?), planejamento, financiamento e avaliação na esfera da saúde. Há muitas divergências e conflitos, tendo reflexos na gestão dos serviços de saúde. Instrumentalizar os Conselhos de Saúde é um exemplo de ferramenta que aos poucos começa a mostrar resultados e que podem alterar o jeito de fazer política e de aplicar os recursos públicos. O bloco sobre o controle social na saúde objetivou provocar nos participantes reflexão e discussão acerca da importância do controle social na saúde, conceito, história e bases legais para o controle social, conferencia de saúde, estruturação de conselhos de saúde, composição, organização e funcionamento, o papel do conselheiro, seus desafios e a Política de Educação Permanente para o controle social.

O educador e a educadora progressistas necessitam estar cientes de que não sabem tudo, e o educando tem o direito de saber que não ignora tudo, que necessita saber melhor o que já sabe e conhecer o que ainda não conhece. Nesse processo educativo dialético, fundado no diálogo, educadores e educandos são sujeitos do ato de conhecimento e a curiosidade de ambos se encontra na base do aprender-ensinar-

aprender (ZANETTI, 2001, p.208).

CONCLUSÕES

Ao desenvolver este trabalho percebemos que a relação entre gestores e conselhos ainda carece de ações para desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos e o incremento da articulação com suas bases. Esperamos contribuir para a formação de uma consciência sanitária, que considere a compreensão ampliada de saúde e conte com sua articulação Inter setorial com outras áreas das políticas públicas e contribuir para a estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais, alimentados pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Entidades Governamentais e Não-Governamentais. Esta abordagem metodológica ocorreu de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais para que pudesse ter maior efetividade.

A participação social tem assumido importante papel na construção das políticas públicas, especialmente no setor saúde. Assume papel estratégico na garantia dos preceitos pretendidos pela Reforma Sanitária como a descentralização e a municipalização a partir da Constituição Federal de 1988 que marca a democratização do setor Saúde Brasileira.

Nesse sentido, é preciso acreditar que através da educação popular torna-se possível haver o empoderamento dos atores sociais; afirmado que neste processo a identidade de enfermeira e educadora é indissociável no cumprimento da responsabilidade social na caminhada para a efetivação do SUS. Por fim, ressalta-se que conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS

BAQUERO, M. Reinventando a sociedade na América Latina: cultura política, gênero, exclusão e capital social. Porto Alegre: UFRGS; Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001

BORBA, J. O significado político dos conselhos gestores de políticas públicas. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM SAÚDE, 2.; MOSTRA DE PESQUISA E EXTENSÃO DO CCS, 1., 2004, Itajaí. Anais... Itajaí: UNIVALI, 2004. p. 33-40.

BAQUERO, M. Educação, capital social e democracia buscando pontos de convergência. 2005, Educação Unisinos.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2. ed., Brasília[DF]: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Para entender o controle social na saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília[DF]: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília; 2004 Brasil. Lei 8. 142 de 20 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Periódico na Internet] BORBA, J. O significado político dos conselhos gestores de políticas públicas. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM SAÚDE, 2.; MOSTRA DE PESQUISA E EXTENSÃO DO CCS, 1., 2004, Itajaí. Anais... Itajaí: UNIVALI, 2004. p. 33-40.

CORTES, S. M. V. Participação na área da saúde: o conceito, suas origens e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. Saúde, Porto Alegre, v. 1, p. 51- 69, 1996.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n.4, p. 1088-1095, jul-agosto. 2004.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 303 p.

Educação como prática da liberdade. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 32 p.

GOHN, Maria da Glória. Educação não-formal e cultura política: impactos sobre o associativismo do terceiro setor. São Paulo, Cortez, 2005.

LUCHMANN, L.H. Associativismo e democracia no Brasil contemporâneo. *Em Debate*, v.3, n.4. p.44-51, 2011.

LUCHMANM, L.H.; BORBA, J. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Urbe. *Rev. Bras. Gestão Pública*, v.2, n.2, p.229-246, 2010.

LAVALLE, A.G.; HOUTZAGER, P.P.; CASTELO, G. A construção política das sociedades civis. In: LAVALLE, A. G. *Horizonte da política: questões emergentes e agendas de pesquisa*. São Paulo: UNE.

MARTINS PC et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. [Periódico na Internet] Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2008.

MENDES EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Textos de apoio à mesa redonda da 2ª Assembleia do CONASS em 19/03/2004. Brasília, CONASS, mar 19, 20004. p.1-34.

WENDHAUSEN, A. O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002

SANTIN J. R ;PANDOLFO B. P. Participação e conselhos gestores Municipais, Revista Brasileira de História & Ciências Sociais - RBHCS Vol. 8 Nº 16, Julho - Dezembro de 2016

CAPÍTULO 12

ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: O USO DO PORTFÓLIO COMO FERRAMENTA FACILITADORA

Antonio Dean Barbosa Marques

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Fortaleza – Ceará

July Grassiely de Oliveira Branco

Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Fortaleza - Ceará

Rochelle da Costa Cavalcante

Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Fortaleza - Ceará

Maria Cecilia Cavalcante Barreira

Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Fortaleza - Ceará

Francisca Bertilia Chaves Costa

Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Fortaleza - Ceará

processo de ensino e aprendizagem, sendo que este instrumento circula pelos diversos supervisores de estágio para o devido acompanhamento dos alunos em todos os campos práticos. Esse instrumento acompanha a evolução diária do aluno, podendo o docente intervir e direcionar as atividades conforme a necessidade, dispensando ações conforme interesses individuais. No entanto, percebe-se necessárias outras formas de avaliação que contemplam ações referentes à apresentação e postura profissional. Conclui-se que o uso do portfólio como ferramenta de avaliação do estágio supervisionado, permite autoreflexão tanto por parte do discente como do docente.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação educacional. Educação em enfermagem. Educação Técnica em Enfermagem.

ABSTRACT: The curricular internship is part of the teaching and learning process for the training of the nursing technical professional, being the evaluation of this primordial period. The objective of this study is to describe the experiences that have been experienced as a teacher of the nursing technical course, in an attempt to reflect on the teaching and learning process. It is a critical-reflexive study, of the type of experience report. In order to have a better evaluation of the activities developed in a practical field, the portfolio emerges in an

RESUMO: O estágio curricular faz parte do processo de ensino e aprendizagem para a formação do profissional técnico de enfermagem, sendo a avaliação desse período primordial. Objetiva-se relatar as experiências vivenciadas enquanto docentes orientadores de estágio do curso técnico de enfermagem, na tentativa de refletir acerca do processo de ensino e aprendizagem. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo, do tipo relato de experiência. Para que se tenha uma melhor avaliação das atividades desenvolvidas em campo prático, emerge o portfólio em uma tentativa de acompanhar o

attempt to follow the teaching and learning process, and this instrument circulates through the various supervisors of internship for the proper monitoring of students in all practical fields. This instrument accompanies the daily evolution of the student, and the teacher can intervene and direct the activities as needed, dispensing actions according to individual interests. However, other forms of evaluation that contemplate actions regarding professional presentation and posture are necessary. It is concluded that the use of the portfolio as a tool to evaluate the supervised stage, allows self-reflection both on the part of the student and the teacher.

KEYWORDS: Educational Measurement. Education Nursing. Education, Nursisng, Associate.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a educação profissional passou a ser vista como questão fundamental, constituindo-se uma das prioridades do estado. A oportunidade de qualificação profissional em curto espaço de tempo ganhou impulso pelo aumento da taxa de empregabilidade e desenhou um novo cenário na realidade educacional brasileira.

No intuito de sanar as lacunas oriundas da formação profissional, o Estado do Ceará autorizou em 2008 por meio da Lei Estadual nº 14.273, a implantação de Escolas Estaduais de Educação Profissional - EEEP (BRASIL, 2008).

A implantação das escolas deu-se inicialmente com 25 EEEP, as quais ofertavam quatro cursos profissionais de nível técnico: Informática, Enfermagem, Guia de Turismo e Segurança do Trabalho distribuídos em 20 municípios. Em 2018 são 119 EEEPs, 95 municípios atendidos, ofertando 52 cursos técnicos e atendendo a mais de 52 mil estudantes, que estudam em tempo integral, tendo o Ensino Médio integrado à Educação Profissional. (CEARÁ, 2018).

A educação profissional de nível técnico em Enfermagem constitui-se da qualificação em auxiliar de enfermagem e a habilitação em técnico de enfermagem, categorias profissionais reconhecidas pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 (COFEN, 1986), cuja formação é regulamentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico – Resolução Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica 04/99 - CNE/CEB (BRASIL, 1999).

Essas diretrizes demonstram a perspectiva de formação ampliada que transcende o foco em procedimentos meramente técnicos ao incluir ações de cuidado voltadas aos aspectos biopsicossociais da prática em saúde e o desenvolvimento de processos de trabalho em uma equipe multiprofissional (RODRIGUES, 2013).

Nesse contexto, o estágio curricular do curso de formação técnica em enfermagem dispõe de uma carga horária total de 600 horas de atividades práticas, nas quais os

discentes são inseridos nos diversos dispositivos de diferentes níveis de atenção que compõe as Redes de Atenção à Saúde (CEARÁ, 2015).

Na tentativa de contemplar maior aproximação entre a teoria aprendida em sala de aula e correlacioná-la com a prática diária, efetivou-se o estágio curricular para os cursos profissionalizantes, o que possibilitou o aprimoramento do aprendizado dos discentes e ampliou os modos de capacitação para o mercado de trabalho.

Corroborando com tal afirmação dispõe-se da reflexão de Rodrigues (2013), quando refere que a enfermagem, assim como as demais profissões da saúde, tem enfrentado um grande desafio de habilitar profissionais compromissados com a sociedade e suas necessidades de saúde, tentando articular cada vez mais o mundo do ensino com o mercado de trabalho.

O estágio curricular trata-se de uma atividade obrigatória supervisionada prevista na Resolução nº 1, de 21 de janeiro de 2004, do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Básica que estabelece as Diretrizes Nacionais para organização e realização de Estágio de alunos da Educação Profissional e do Ensino Médio (BRASIL, 2004).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o estágio curricular supervisionado é conceituado como:

“Ato educativo supervisionado, obrigatório, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos. O estágio faz parte do Projeto Pedagógico do Curso, que além de integrar o itinerário formativo do discente, promove o aprendizado de competências próprias da atividade profissional, objetivando o desenvolvimento do estudante para a vida cidadã e para o trabalho. Deve ser realizado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidade, totalizar uma carga horária mínima que represente 20% da carga horária total do curso e ser executado durante os dois últimos períodos do curso” (DOU, 2013 p.172).

No acompanhamento deste aluno em seu processo de formação, o docente enfermeiro, por meio de orientações, relaciona o aprendido em sala de aula com a realidade local considerando os determinantes e condicionantes em saúde. A partir desta atividade este desenvolve formas de avaliar o processo ensino e aprendizagem.

Dentre as modalidades de avaliação, dispõe-se do portfólio do aluno. Este instrumento pedagógico tem como premissa a reflexão individual sobre o aprendido e as necessidades a serem contempladas frente às fragilidades apresentadas, bem como identificação de seu perfil, ressaltando suas habilidades e capacidades.

Os portfólios constituem peças únicas, cuja singularidade traduz-se no caráter particular das vivências nele descritas e refletidas, no quadro de referências pessoais que balizaram a reflexão e as interpretações feitas. (DESPREBITERIS; TAVARES, 2009, p.150).

Neste sentido, a avaliação tem por objetivo auxiliar a permanente inclusão do

educando no processo educativo. Ressalta-se que avaliação não elimina a partir de um padrão preestabelecido, mas, sim, diagnostica para abranger, na busca do resultado mais satisfatório, mais pleno, qualitativamente mais proveitoso. Assim, os discentes finalizam a disciplina com maior aproveitamento do conteúdo (FRIEDRICH, 2010).

Assim, durante a formação em curso técnico constitui-se como desafio para os estudantes o desenvolvimento de habilidades de relacionamento e de comunicação, em tempo hábil. Neste contexto da formação profissional, é possível perceber que, em muitos casos, habilidades não foram estimuladas ou desenvolvidas no ensino médio de forma suficiente a atender as exigências do mercado de trabalho. Deste modo, identifica-se estratégias para a ampliação dessas habilidades, em especial o uso de metodologias ativas de ensino e avaliação, como o portfólio merecedor de uma atenção e reflexão neste artigo.

Diante do exposto, temos como foco deste estudo a utilização do portfólio como ferramenta utilizada para o processo de avaliação do estágio curricular do curso profissionalizante de técnico de enfermagem. Objetiva-se relatar as experiências vivenciadas enquanto docentes orientadores de estágio prático do curso técnico de enfermagem, na tentativa de refletir acerca do processo de ensino e aprendizagem.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

O ato de avaliar tem por desígnio auxiliar a permanente inclusão do estudante no processo educativo. A avaliação não elimina um padrão preestabelecido, mas agrega a inclusão, na busca do resultado mais aceitável, mais global, qualitativamente mais complexo (ALARÇÃO, 2005).

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações científicamente e socialmente legítimas sobre essa intervenção, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE et al., 2011).

A avaliação assume grande importância no processo ensino e aprendizagem, porque, atrelada a objetivos, constitui o par que direciona outro par, o de conteúdos/métodos (VILLAS BOAS, 2004).

Silveira e Moreira (1999) reforçam a contribuição que a avaliação tem no aperfeiçoamento da prática docente, funcionando como um mecanismo retroalimentado, capaz de contribuir para a melhoria do ensino. Deve ser construída e aperfeiçoada constantemente e inserida no âmbito dos processos que qualificam a função docente, interferindo no grau de satisfação das pessoas que compartilham espaços simultâneos.

Destaca-se dentro desse âmbito o uso do portfólio como uma estratégia de avaliação que se caracteriza por sua singularidade, haja visto, o caráter particular das

vivências nele descritas e refletidas. Constitui-se em um instrumento de diálogo entre educador e educando. (DEPRESBITERIS; TAVARES, 2009).

Originalmente, o uso do portfólio remetia-se a Ciência das Artes, que reunia as obras dos autores e sua trajetória artística. Sua transposição para a educação traz avanços significativos no que diz respeito a avaliação, uma vez que por meio desse instrumento é possível acompanhar o crescimento do discente e os conhecimentos adquiridos referente a disciplina (NUNES, 2007).

Entende-se, que um portfólio (do italiano *portafoglio*, “recipiente onde se guardam folhas soltas”) é uma descrição pormenorizada das habilitações profissionais do candidato, incluindo provas de práticas de ensino realizadas (CEIA, 2002, p.1).

Trata-se de um instrumento que proporciona uma prática pedagógica reflexiva e problematizadora, uma vez que permite que o discente repense sobre sua prática. No campo da enfermagem, o mesmo desponta como forte instrumento de ação pedagógica, capaz de mobilizar e organizar conhecimentos, bem como indicador do desenvolvimento de competências (CARBOGIM et al., 2014).

Segundo Villas Boas (2004), o portfólio é um dos procedimentos condizentes com a avaliação formativa. Diferentemente de outros métodos de avaliação, ele é construído pelo próprio aluno, observando os princípios de reflexão, criatividade, parceria e autonomia. Serve para vincular a avaliação ao trabalho pedagógico em que o aluno participa da tomada de decisões, de modo que ele formule suas próprias ideias, faça escolhas e não apenas cumpra prescrições do docente e da instituição de ensino.

Corroborando com os autores supracitados Pereira et al. (2015), retratam que o uso do portfólio permite que o discente coaduna teoria e a prática, sendo uma excelente estratégia para a aprendizagem. O portfólio é utensílio de desenvolvimento da capacidade de reflexão e crítica, já que constitui um conjunto coerente de documentação, refletidamente selecionada, significativamente comentada e sistematicamente organizada e contextualizada no tempo.

Compreende de construção pessoal, a qual representa as evidências da aprendizagem, dotadas de elementos singulares. Logo, facilita a tomada de decisão, permite postura reflexiva tanto do aluno como do professor e difere de outros processos de avaliação, pois beneficia aos docentes e discentes a oportunidade de pensar sobre as transformações ao longo do curso (HERNANDEZ, 2010; FRIEDRICH et al., 2010).

Em alguns estudos, como exemplo Rodrigues (2013), os portfólios, construídos a partir de uma abordagem holística no contexto da aprendizagem significativa e do diálogo entre professor e estudante e estudante e estudante, basearam-se nas proposições do informe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), delineados em linhas fundamentais que foram assim estruturadas por Cotta e Costa (2016): aprender a aprender; aprender a ser; aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e a trabalhar juntos.

Nesse contexto, docentes e discentes ocupam papel fundamental no

desenvolvimento das competências necessárias ao exercício da cidadania e da prática profissional. Aos alunos, cabe comprometer-se com responsabilidade e autonomia em seu processo de aprendizagem, visando capacitar-se em uma variedade de capacidades e domínios técnicos, científicos, artísticos e humanos; e aos professores, planejar, guiar, orientar, facilitar e provocar o processo de aprendizagem utilizando métodos docentes e tecnológicos de informação e comunicação, que auxiliem os futuros profissionais a alcançarem uma formação integral e holística na busca de comprovar aptidão do profissional técnico nas exigências estabelecidas pela profissão (COTTA; COSTA, 2016).

3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo crítico e reflexivo do tipo relato de experiência, com intuito de melhor compreender e valorizar as diferentes manifestações do objeto em estudo e alcançar o objetivo proposto.

O relato de experiência tem como objetivo trazer ao conhecimento ações e atividades desenvolvidas nos diferentes espaços a respeito de uma determinada prática (DYNIEWICZ, 2009).

O estágio ocorreu com a participação de 33 alunos do Curso Técnico em Enfermagem de uma Escola Estadual de Educação Profissional sob a supervisão direta de quatro docentes em campo de prática. A referida escola localiza-se em um município do interior do Estado do Ceará. Esta experiência deu-se no período de junho de 2015 a fevereiro de 2016.

Para a realização da avaliação de ensino e aprendizagem, utilizou-se como instrumento o portfólio. Logo no primeiro dia de estágio, este foi apresentado ao aluno e repassado aos demais professores a cada troca de campo de estágio, pois os alunos realizavam rodízio enquanto o orientador era fixo na concedente de estágio. O portfólio foi preenchido diariamente pelo discente, sendo registrado as atividades realizadas, suas percepções, dúvidas e reflexões quanto ao desenvolvimento de sua prática em campo.

Para que se tenha uma melhor avaliação das atividades desenvolvidas em campo prático, emerge o portfólio em uma tentativa de acompanhar o processo de ensino e aprendizagem. O portfólio do aluno circula pelos diversos orientadores de estágio para o devido acompanhamento dos alunos em todos os campos de prática.

O portifólio continha inicialmente dados de identificação, situação vacinal do aluno e dados clínicos. Em seguida uma parte subjetiva com as seguintes questões: atividades planejadas, atividades realizadas, o que aprendi, o que foi bom, o que precisa melhorar e sugestões. Por último uma lista de atividades práticas para que o aluno realizasse um *check list*.

Dessa forma, o orientador de estágio poderá, a partir de sua supervisão,

acompanhar a trajetória de evolução do discente ao longo do período de estágio, utilizando as seguintes legendas: observou (OB), realizou com auxílio (RCA), e realizou sem auxílio (RSA) para a realização dos procedimentos técnicos.

O preenchimento do portfólio é realizado inicialmente pelo espaço do aluno, campo destinado ao registro de suas percepções, auto avaliação de seu desenvolvimento de forma crítica, devendo esse ser preenchido ao final de cada campo de estágio, seguido do espaço do professor orientador, espaço este composto por uma tabela com rol de procedimentos imprescindíveis ao aluno, que devem ser realizados.

Ao final do estágio em cada campo, os alunos apresentavam os portifólios aos orientadores que o acompanharam, recebiam orientações e discutiam os procedimentos e posturas que deveriam ser revisadas. Ao final da carga horária total de estágio, esse instrumento integrou a nota final de estágio.

Essa atividade acompanha a evolução diária do aluno, podendo o docente intervir e direcionar as atividades de acordo a necessidade, dispensando ações conforme os interesses do processo de ensino e aprendizagem. No entanto, destaca-se a importância de outras formas de avaliação que contemplem ações referentes à apresentação e postura profissional.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Lei de Diretrizes Básicas (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 reintegra e acabar com a dualidade que reina na última etapa da educação básica. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio (DCNEM) discutiram sobre a integração em que nos dão pistas no sentido da necessidade da criação de novas formas de educação que abranjam, as dimensões do trabalho, da ciência, da tecnologia e da cultura como eixo integrador entre os conhecimentos de distintas naturezas, contextualizando-os em sua dimensão histórica e em relação ao contexto social contemporâneo (BRASIL, 1994).

O Estado do Ceará vem se destacando no cenário nacional por ter assumido em 2008 o desafio de implantar a rede de educação profissional no Estado, tendo como estratégia central integrar o Ensino Médio à formação profissional de nível técnico, oferecendo educação em tempo integral aos jovens cearenses, por intermédio da Secretaria da Educação (SEDUC). O modelo integrado possibilita a qualificação para ingressar no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que são habilitados a concorrer a uma vaga na universidade (CEARÁ, 2015).

O portfólio oferece aos profissionais que estão avaliando a possibilidade de percorrer diferentes espaços e desempenhar papéis distintos, até mesmo desconhecidos e não visitados até então. É uma experiência particular, que questiona a todo o momento o aprendizado. Com ele é possível compartilhar ideias, emoções e posicionamentos. Por fim, trata-se de um campo no qual não existe o apropriado ou o

inconveniente, mas apenas o possível, o particular, o apreendido e o que é significativo para os sujeitos envolvidos.

A leitura dos portfólios possibilita ao docente identificar e acompanhar as reflexões que o aluno elabora sobre seu próprio processo de aprendizagem, e isso poucos instrumentos avaliativos fazem com precisão, pois em várias atividades desenvolvidas pelo discente e relatadas no portfólio encontra-se uma linguagem coloquial e a utilização dos sujeitos como primeira pessoa, o que possibilita a esses uma escrita informal.

Corroborando com nosso posicionamento crítico, Reinaldo et al., (2012) pondera que a avaliação do portfólio permite vivenciar alguns desafios no decorrer da experiência. A avaliação das diversas reflexões e narrativas que o discente fez sobre o compilado de conteúdo, suas impressões sobre as aulas, sobre o estágio, seus atrasos e faltas, dificuldades e o registro de problemas pessoais tornam o professor um confidente. Termo esse empregado no sentido laico, romântico, formal talvez. É um papel que se modifica a cada leitura da vida escrita do aluno na disciplina final. Escrita que é um exercício constante. São registros cotidianos, fluidos, que remetem a fatos plenos de significado que certamente irão conduzir/guiar o ofício docente, diante desses alunos. Assim, cabe ao professor secretariar esse percurso.

Diversos estudos na área de enfermagem como o de Caveiã et al. (2015), evidenciam que o uso correto do portfólio permite uma reflexão aprofundada do aluno, pois ao registrar as atividades diárias há neste momento uma autoavaliação sobre os pontos positivos e negativos, possibilitando o aprimoramento discente.

E, por fim, reforça-se a análise do portfólio do aluno como uma prática de conhecimento também reflexiva, respeitando o posicionamento individual, por meio do conhecimento de mundo e cultural de cada indivíduo em formação enraizados na narrativa de Hanna Arendt (2009) da diversidade de pontos de vista e da pluralidade na formação de nossa doxa ou opinião, ou seja, da nossa maneira singular de ver o mundo e de produzir opiniões. Assim, os escritos, as narrativas que compõem o portfólio, muitas vezes, reflexivo, devem ser antecedidas por uma experiência existencial, seja vivida pelo próprio sujeito que descreve a história, ou pela experiência externa (SÁ-CHAVES, 2005; STELET, et al. 2017).

Nesta pesquisa os portifólios eram avaliados a cada troca de campo de estágio quando os orientadores discutiam com o aluno as dificuldades enfrentadas e as intervenções necessárias, além dos pontos fortes apresentados.

Um ponto forte a destacar foi a liberdade que os alunos tiveram ao escrever, já que era um documento individual. Eles foram capazes de deixar claro os procedimentos aprendidos, as angústias e medos sentidos, além da mudança de postura atitudinal.

5 | CONCLUSÃO

O uso do portfólio trata-se de uma ferramenta de avaliação do estágio supervisionado do curso técnico de enfermagem, no qual se permite uma autorreflexão tanto por parte do discente como do docente, permitindo um balanço entre o ensinado e o aprendido.

Compreende-se as potencialidades dessa estratégia, no entanto, se faz necessário que outros instrumentos sejam utilizados para que se tenha uma visão ampla do processo de ensino e aprendizagem.

Assim, percebe-se que o desafio de avaliação é de responsabilidade tanto do docente como dos discente, respeitando as limitações e peculiaridades de cada ser. Além disso, de se colocar a refletir, escrever, e construir o portfólio, os docentes também devem sentirem-se convidados a reformular suas práticas, suas metodologias de ensino e ir em busca de outras formas de lecionar, que atendam o que o portfólio oferece, precisam assim aprender a avaliar o processo de maneira holística e não somente o resultado final.

Destaca-se a vantagem do uso do portfólio como instrumento que contribui para avaliação, pois o mesmo é individual e o aluno pode detalhar, de maneira espontânea, seus sucessos e insucessos e somente os professores farão os comentários pertinentes.

Os registros individuais podem ser de natureza reflexiva, sobre aspectos positivos ou negativos do processo, sobre a necessidade de alterações nos procedimentos metodológicos. (PADUA; CARLOS; FERRIANI, 2018). Por isso é um instrumento importante para a avaliação do processo de estágio.

Torna-se necessário aprender a avaliar, e a compreender esse momento como potencializador e complementar do processo de ensino e aprendizagem, no sentido de integrar, de propor desafios a serem alcançados.

É pertinente que novos estudos sejam desenvolvidos e que esses permitam uma reflexão maior sobre tal questão, para que a partir de novos pensamentos se tenham profundas melhorias no método avaliativo.

REFERÊNCIAS

ALARÇÃO, I. Professores Reflexivos em uma Escola Reflexiva. 4.ed. São Paulo: Cortez; 2005.

ARENKT, H. A. Vida do espírito. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.

BRASIL. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Edição 2014. Brasília/DF, 03 e 04 de abril de 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação (CNE). Câmara de Educação Básica (CEB). Resolução CNE/CEB no 1, de 21 de janeiro de 2004. Estabelece Diretrizes Nacionais para a organização e a realização de Estágio de alunos da Educação Profissional e do Ensino Médio, inclusive nas modalidades de Educação Especial e de Educação de Jovens e Adultos.

BRASIL. Resolução CNE/CP 1, de 18 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais

para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena [legislação na Internet]. Brasília; 2002. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/res1_2.pdf.

_____. **LEI N° 14.273. DE 19.12.08** (D.O. 23.12.08). Dispõe sobre a criação das Escolas Estaduais de Educação Profissional – EEEP, no âmbito da Secretaria da Educação, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.apeoc.org.br/extra/LEI.n.14273de2008.pdf>. Acesso em: janeiro de 2017.

CARBOGIM, F. C. et al. **Enfermagem e saúde ambiental**: o portfólio como mediador na perspectiva histórico-cultural. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1400-1404, maio. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4524>.

CAVEIÃO, Cristiano et al. **Percepção de docentes sobre o processo de aprendizado em administração de enfermagem. Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2015.

CEARÁ. **Educação Profissional**. Disponível em <http://www.educacaoprofissional.seduc.ce.gov.br/>. Acesso em: 17/09/2018.

CEARÁ. **Educação Profissional**, estágio 2015. Disponível: http://educacaoprofissional.seduc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=161. Acesso em: 28/11/2017.

CEIA, C. **A construção do porta-fólio da prática pedagógica**: um modelo dinâmico de supervisão e avaliação pedagógicas. 2002. Disponível em: http://www.fcsh.unl.pt/docentes/cccia/E_porta_folio. Acesso em: 20/08/15.

CHAMPAGNE; F., CONTANDRIOPoulos, A.P; BROUSSELLE; H., DENIS; J.L., A. **A avaliação no campo da saúde**: conceitos e métodos. In: Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. [Legislação na Internet]. Brasília, 1986. Disponível em: http://nove.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-junho-de-1986_4161.html

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 441/2013**. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União nº 96, terça-feira, 21 de maio de 2013. 171-172.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da. **Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo**: uma construção teórico-conceitual. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 20, n. 56, p. 171-183, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100171&lng=en&nrm=iso>. access em: 16/01/2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1303>.

DESPREBITERIS, L.; TAVARES, M. R. **Diversificar é preciso**: instrumentos e técnicas de avaliação da aprendizagem. São Paulo: Senac, 2009.

FRIEDRICH, D. B. C. et al. **O portfólio como avaliação**: análise de sua utilização na graduação de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1123-1130, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-. Acesso em: 03/07/15.

Hernandez F. **Cultura Visual**: mudança educativa e projeto de trabalho. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. 7. Villas Boas,BMF. Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico. Campinas: Papirus; 2010.

NUNES, L. C. **O Portfólio na Avaliação da Aprendizagem no Ensino Presencial e a Distância**: a alternativa hipertextual. Estudos em Avaliação Educacional, v. 18, n. 38, set./dez. 2007.

PADUA, E. M. M; CARLOS, D. M.; FERRIANI, M. G. C. **Estudos de Caso**: Informações e Registros como critérios de consistência e credibilidade em abordagens qualitativas. Revista Anhanguera, n. 1, jan./abr.2018.

PEREIRA, Érica Gomes et al. **Portfólio no ensino em saúde**: contribuição à reflexão a partir de seu uso na disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis. ABCS Health Sciences, v. 40, n. 3, 2015. Acesso em: 29/12/2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2318-4965/2016/v40n3/a5367.pdf>.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; Gonçalves, Alda Martins; Costa, Annette Souza S. M. da. **Portfólio**: uma estratégia para a ação docente na licenciatura em enfermagem. Rev. enferm. atenção saúde;1(1):91-97, 2012.

RODRIGUES, Débora Vaz. **Prática pedagógica reflexiva de licenciados de enfermagem**: o portfolio como instrumento. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2013.

SÁ-CHAVES, I., organizadora. **Os “Portfolios” Reflexivos (também) trazem gente dentro**. Porto: Porto Editora; 2005.

SILVEIRA, F. MOREIRA, M.A. **Estudo da validade de um questionário de avaliação do desempenho do professor de física geral pelo aluno**. Ensaio, Minas Gerais: Cecemig, v. 1, n. 1. 1999.

STELET, Bruno Pereira et al . **Portfólio Reflexivo**: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 21, n. 60, p. 165-176, Mar. 2017 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100165&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2017. Epub Oct 24, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0959>.

VILLAS BOAS; B.M.F. **Portfólio**, Avaliação e trabalho pedagógico. Campinas. Ed. Papiros, 2004.

Dyniewicz AM. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2009.

FALTA DE REGISTRO NO LIVRO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS: PLANO DE INTERVENÇÃO

Fabiana Ferreira Koopmans

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Saúde Pública

Centro Universitário Augusto Motta, Curso de
Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ

Gisele de Araújo Peixoto

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Residência de Enfermagem em Saúde da Família
Rio de Janeiro – RJ

Donizete Vago Dahir

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem, Departamento Médico Cirúrgico
Niterói – RJ

Paula Soares Brandão

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Saúde Pública
Rio de Janeiro – RJ

suspeitos de Tuberculose de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no município do Rio de Janeiro. Objetivo: Propor um plano de intervenção a fim de qualificar o registro no livro de Sintomáticos Respiratórios, em uma USF, localizada na Rocinha, zona sul do município do Rio de Janeiro. Metodologia: Esta pesquisa se refere a um plano de intervenção, baseado no Planejamento Estratégico Situacional, durante um ano. Resultados: No primeiro momento buscou-se traçar um diagnóstico situacional das onze equipes de Saúde da Família, com delimitação de mais de 50% de registros não relatados no livro. Após o diagnóstico, foi proposto um plano de intervenção. A proposta baseou-se em grupos de educação permanente com enfermeiros e posteriormente com a criação de grupos educativos para multiplicadores, com as equipes, para avaliação do registro de casos a cada três meses. A avaliação da proposta consistiu na verificação dos registros no livro de forma contínua pela própria equipe. Conclusão: A implantação da educação permanente nos serviços de saúde com a implementação de um plano de intervenção para melhorar os registros de casos de tuberculose contribuiu para otimizar a prestação de assistência na CF, tornando mais efetivo tanto o monitoramento dos indivíduos suspeitos quanto a qualificação das práticas de enfermeiros e demais componentes das equipes de saúde.

RESUMO: Introdução: Este capítulo é parte integrante do trabalho de conclusão de curso de Pós-Graduação a nível de Especialização, na modalidade Residência em Saúde da Família, oferecido pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A temática perpassa a discussão referente a ausência ou incompletude de registro no livro de casos

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Registros de saúde; Atenção Primária em Saúde; Educação Permanente

ABSTRACT: Introduction: This chapter is an integral part of the graduation work at the Specialization in the Family Health Residency modality offered by the University of State of Rio de Janeiro, in partnership with the Municipal Health Department of Rio de Janeiro. The thematic concerns the discussion about the absence or incompleteness of a record in the Suspected Tuberculosis Case Book of a Family Health Unit (USF), located in the city of Rio de Janeiro. Objective: To propose an intervention plan in order to qualify the registry in the book of Symptomatic Respiratory, in a USF, located in Rocinha, south zone of the city of Rio de Janeiro. Methodology: This research refers to an intervention plan, based on Strategic Situational Planning, for one year. Results: At the first moment, a situational diagnosis was made of the eleven Family Health teams, with a delimitation of more than 50% of records not reported in the book. After the diagnosis, an intervention plan was proposed. The proposal was based on permanent education groups with nurses and later with the creation of educational groups for multipliers, with the teams, to evaluate the registration of cases every three months. The evaluation of the proposal consisted in the verification of the records in the book of continuous form by the own staff. Conclusion: The implementation of continuing education in health services, with the implementation of an intervention plan to improve tuberculosis case records, has contributed to optimize care delivery in USF, making both the monitoring of suspected individuals and the qualification of the practices of nurses and other professionals health.

KEYWORDS: Tuberculosis; Health records; Primary Health Care; Permanent Education

1 | INTRODUÇÃO:

Este capítulo refere-se ao Projeto de Intervenção apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação a nível de Especialização em Enfermagem em Saúde da Família, na modalidade Residência, ofertado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

O referido Curso é destinado especificamente a enfermeiros e tem como objetivo a formação de profissionais especialistas (com expertise) para a atuação em serviços na modalidade Estratégia Saúde da Família, através da inserção dos residentes em equipes de Saúde da Família, de Unidades Básicas de Saúde tipo A, localizada no município do Rio de Janeiro, e conhecidas como Clínicas da Família.

A Atenção Primária em Saúde (APS) no Município do Rio de Janeiro se configura por meio de Centros Municipais de Saúde (CMS) e por Clínicas da Família (CF). Quanto aos modelos de atenção à saúde, as Unidades de APS podem ser classificadas em: Tipo A - quando todo o território da Unidade é coberto por equipes de Saúde da

Família; Tipo B – quando somente parte do território é coberto por Saúde da Família; e Tipo C – onde ainda não tem equipe de Saúde da Família, mas com território bem definido (RIO DE JANEIRO, 2011).

A inserção do Curso na modalidade de Residência ocorreu em uma Clínica da Família (CF), na comunidade da Rocinha, situada na zona sul do município do município do Rio de Janeiro, na área programática 2.1, na 27^a região administrativa, durante aproximadamente dois anos.

Esta específica CF foi inaugurada em 2010, sendo atualmente composta por 11 equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo total de 29.295 usuários (RIO DE JANEIRO, 2016).

A temática a que se refere esta pesquisa perpassa a discussão referente a ausência ou incompletude de registros de casos suspeitos de tuberculose na Clínica da Família tomada como estudo de caso. Após a avaliação do livro denominado “Sintomáticos Respiratórios” da referida Unidade, constatou-se dados insuficientes para subsidiar o acompanhamento de usuários com suspeita de tuberculose, registrados no referido Livro de Sintomático Respiratório (SR). Cabe aqui ressaltar que, segundo o Ministério da Saúde, pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas é um indivíduo suspeito de tuberculose (BRASIL, 2011).

A tuberculose é definida como um agravo de saúde infeccioso permanecendo, até hoje, como um sério problema de Saúde Pública em âmbito mundial, estando diretamente relacionada à instabilidade social e associada à processos históricos de exclusão social e marginalização da população, estas quando submetidas a más condições de moradia, fluxos migratórios constantes, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos bens públicos (SOBRINHO *et al.*, 2013; CALIARI e FIGUEIREDO, 2012). Cabe destacar, então, que o retardo da busca e do acesso dos serviços de saúde tem como consequência o atraso do diagnóstico dos casos e, por sua vez, a continuidade da cadeia de transmissão do bacilo transmissor do agravo (BRASIL, 2011).

Pesquisadores em diferentes momentos destacam que muitos casos de tuberculose podem não estar sendo diagnosticados de forma mais célere em virtude da falta de acesso aos serviços de saúde ou da descontinuidade de busca de sintomáticos respiratórios. Estudos mostram, por exemplo, que o distanciamento e a perda de vínculo do usuário com os profissionais das equipes das unidades de saúde também podem representar barreiras a continuidade do tratamento mesmo quando é farta a oferta de serviços à população (CALIARI e FIGUEIREDO, 2012).

Por ser uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade em vários países, atualmente a tuberculose caracteriza-se como uma das principais doenças a serem enfrentadas mundialmente. No ano de 2010, foram notificados, por exemplo, 81.946 casos novos de tuberculose no Brasil, correspondendo a uma taxa de incidência de 46%, o que coloca o país em 19^a posição entre os 22 países com maior incidência da doença no mundo. Durante o curso da doença ativa, os indivíduos

acometidos infectam em média dez a quinze outros indivíduos, perpetuando a cadeia de transmissão da tuberculose (REIS, 2016).

Diante da necessidade de controlar a doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem expondo preocupação quanto à qualificação das equipes de saúde no comprometimento com as ações de controle da tuberculose (CARVALHO, 2014). A proposta do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Brasil inclui métodos que objetivam ampliar as ações de controle do agravo privilegiando a descentralização para a atenção básica, bem como a articulação com outros programas governamentais. Desta forma, amplia-se o acesso da população em geral e dos grupos populacionais mais vulneráveis às medidas de controle (CALIARI e FIGUEIREDO, 2012). Deve-se dar, assim, prioridade à instituição das ações preventivas aos pacientes com maior risco de transmissibilidade, que são aqueles não diagnosticados (sintomático respiratório) ou nos primeiros dias de tratamento (BRASIL, 2011).

Os dados da investigação, do diagnóstico e do acompanhamento dos casos de tuberculose devem ser registrados nas Unidades de Saúde em variadas ferramentas de coleta que são utilizados para avaliação das ações de controle em nível local, tais como: livros de registro de sintomáticos respiratórios (chamado “Livro Verde”), de exames laboratoriais para o diagnóstico da tuberculose e de casos diagnosticados e tratados na Unidade de Saúde, constituindo-se de ferramentas de coleta de dados usadas rotineiramente (BRASIL, 2011).

O Livro de Registro Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde tem importância em função da possibilidade de identificação do sintomático respiratório para efetivação do diagnóstico de tuberculose e início do tratamento e, também, subsidiar o alcance de metas anuais de sintomáticos a serem examinados pelos serviços de saúde. Permite, ainda, verificar o tempo decorrido entre a identificação do caso e a realização do exame pelo paciente, o seguimento do protocolo de rastreamento que preconiza a coleta de duas amostras de escarro para o diagnóstico e ainda o índice de positividade em cada serviço. Os dados no sistema de registro deverão ser preenchidos corretamente e atualizados regularmente, inclusive as informações “em branco”, logo que os resultados dos exames cheguem à unidade de saúde (BRASIL, 2011). Este instrumento tão relevante deve ser alimentado pelas próprias equipes da unidade, que devem também registrar as solicitações do Teste Rápido Molecular (TRM), da baciloscopy (BAAR) ou cultura para BK no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), garantindo, assim, o encaminhamento da amostra ao laboratório local e o resultado no GAL entre 24/48h (BRASIL, 2011). O GAL constitui-se em um sistema informatizado que representa a possibilidade de identificação dos casos por região de cobertura das unidades de saúde em tempo real, e o consequente controle do encaminhamento desses casos, viabilizando rápida detecção de casos (TELLES, MENEZES E TRAJMAN, 2012).

A comunidade da Rocinha no Rio de Janeiro representa um território onde há anos predomina a pobreza e a violência, possuindo uma das mais altas ocorrências

de tuberculose do Brasil, mesmo após implementação nas Unidades de Saúde com o Programa de Tuberculose (CARVALHO, 2014). Diagnosticar os casos de tuberculose pulmonar e tratar o agravio corretamente e prontamente devem ser as principais medidas para o controle da doença. Deste modo medidas devem ser adotadas para aperfeiçoar o controle como encontrar precocemente o paciente e oferecer tratamento apropriado, com propósito de interromper a cadeia de transmissão da doença. Outra medida relaciona-se a questão administrativa para o controle da transmissão, que visa proporcionar educação permanente aos profissionais de saúde para reduzir o retardo no diagnóstico de tuberculose pulmonar, fomentar na equipe a notificação dos novos casos e promover o adequado tratamento do agravio (BRASIL, 2011).

Portanto, o que levou ao desenvolvimento deste projeto de intervenção foram as observações em campo quanto ao baixo registro dos profissionais no livro de SR, impactando negativamente a saúde pública devido ao diagnóstico tardio, influenciando ao não início do tratamento em tempo oportuno, ou ao não diagnóstico, tendo presente uma subnotificação que influenciava de forma negativa a Epidemiologia do agravio. Assim, deixava de fornecer dados para a reformulação de novas políticas públicas relacionadas à tuberculose.

Com estes dados o objetivo da pesquisa foi propor um plano de intervenção, a fim de qualificar o registro no livro Sintomáticos Respiratórios, do Programa de Tuberculose, de uma Clínica da Família, localizada na comunidade da Rocinha, no município do Rio de Janeiro.

2 | DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE TUBERCULOSE E O CONTROLE DA DOENÇA NA ROCINHA

Contextualizando o cenário pesquisado destacamos que a Clínica da Família, na comunidade da Rocinha assim se caracteriza: das 11 equipes, nove desenvolvem e acolhem Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), e, quatro, recebem Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família (PRESF). As equipes com RMFC possuem, em sua maioria, dois médicos residentes e um médico preceptor; e as equipes com o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família, contam com quatro residentes do segundo ano e três do primeiro ano, tendo atualmente três preceptoras. Todas as equipes possuem um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade também conta com quatro equipes de saúde bucal e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com psicólogo, pediatra, psiquiatra, assistente social, educador físico, fisioterapeuta e nutricionista.

Ao lado da CF está disposta uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupando espaço conjugado e trabalhando

em parceria quando necessário. Ali também é possível a realização de exames laboratoriais, ultrassonografia, radiografia, entre outros.

A Clínica de Família funciona de segunda a sexta, no horário de 08h às 20h e aos sábados de 08h às 12h. Cada equipe tem seu guichê específico onde os ACS fazem o primeiro acolhimento, e posteriormente o paciente é encaminhado para o devido serviço, podendo ser consulta médica, consulta de enfermagem, sala de curativo, sala de procedimentos ou vacinação; ou ter sua dúvida esclarecida no próprio guichê inicial com o ACS escalado para função nomeada de “Posso Ajudar”, que consiste em auxiliar as pessoas que chegam a unidade.

Considerada uma das maiores comunidades urbanas do Brasil, a Rocinha apresenta 69.356 habitantes, conforme recenseamento de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Possui alta taxa de incidência de tuberculose de aproximadamente 300 casos novos por 100.000 habitantes sendo considerada a maior do país, no qual há uma estimativa de 46/100.000 habitantes. A comunidade está localizada na zona sul do Rio de Janeiro, sendo definida como de grande vulnerabilidade social, com moradias que recebem pouca ou nenhuma luz solar, sendo este um dos fatores que contribuem para o foco de transmissão do bacilo causador da tuberculose (CARVALHO, 2014).

Das 11 equipes, em 2015, foram registrados 311 casos de sintomáticos respiratórios no livro SR, sendo que 185 estavam sem registro do resultado e/ou sem data da coleta; e em 2016, foram registrados 441 SR, sendo 212 sem resultado e/ou sem data da coleta. Sendo assim, evidencia-se que do total de pessoas sintomáticas respiratórias registradas no livro em 2015, somente 40,5% tiveram seus resultados registrados, e, em 2016, esse número foi de 51,9% (QUADRO 1).

Livro de Sintomático Respiratório (SR)			
	Nº de SR	Nº de exames com resultados registrados	% de exames com resultados registrados
2015	311	126	40,5%
2016	441	229	51%

Quadro 1: Percentual de resultados registrados a partir do número de sintomáticos respiratórios.

Fonte: Produzido pelas autoras a partir do Livro Sintomáticos Respiratórios da CFMSSS, extraído em dez de 2016.

Quando avaliado o quantitativo de solicitação de BAAR diagnóstico ou Teste Rápido Molecular (TRM) registrados no prontuário eletrônico da CF, encontramos que foram solicitados 1238 exames em 2015 e 983 exames de janeiro de 2016 a 29

de Dezembro de 2016. Sendo assim, um número maior que o esperado, conforme indicador de proporção de sintomáticos respiratórios esperados, o qual calcula o número geral da população adscrita do serviço, multiplica por 0,01, considerando que o número de SR é 1% da população (BRASIL, 2011) porém, não registrado no livro de SR e/ou sem data da coleta e/ou sem busca do resultado, resultando deficiência do acompanhamento, como vemos no Quadro 2.

Ano	Nº de solicitações de exame de escarro (diagnóstico), pelo prontuário eletrônico (A)	Nº de SR pelo registro no livro (B)	Diferença entre solicitações de exame diagnóstico de escarro e registro de SR no livro (A-B)
2015	1238	311	927
2016	983	441	542

Quadro 2: Diferença entre números de solicitações de exame diagnóstico por escarro e número de SR registrado no livro, nos anos de 2015 e 2016.

Fonte: Produzido pelas autoras, a partir do Livro Sintomáticos Respiratórios e do VitaHisCare, extraído em dezembro de 2016.

Atualmente a CFMSSS possui 29.295 usuários cadastrados, e conforme o cálculo do Manual de Recomendações do Controle da Tuberculose, sobre a proporção estimada de SR para CF, temos uma estimativa de 293 usuários sintomáticos respiratórios ao ano e uma média de 24 ao mês. Nos anos de 2015 e 2016, na mesma CF, 256 pessoas iniciaram o tratamento de tuberculose nas diferentes formas da doença e 231 da específica forma pulmonar, sendo 11 não bacilíferos. Desses casos de tuberculose pulmonar 90 iniciaram o tratamento anti tuberculose, após 30 dias de sintomas.

Diante disto, percebe-se que há expressiva fragilidade ou incompletude nos registros dos resultados, incluindo o não registro do resultado no livro de SR ou demora da avaliação dos resultados, não obedecendo as recomendações de se avaliar o resultado entre 24/48h, postergando assim o início do tratamento e a gravidade da doença.

3 | METODOLOGIA

Esta pesquisa se refere a proposta de um plano de intervenção, o qual foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), através de atividades realizadas em cada momento do planejamento. O PES é um instrumento de gestão voltado para a resolução de problemas. Desenvolvido por meio de quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional, possibilitando elucidar um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções.

Um bom planejamento deve partir do conhecimento da situação. Esta fase é importante porque, se a situação que se delineia não representar realidade, a base de partida estará errada, e assim todas as ações traçadas poderão não ser verdadeiras para atingir a meta desejada. Conhecer a situação significa caracterizar o problema e descobrir as causas que produzem os resultados indesejáveis. As causas precisam ser pesquisadas porque é sobre elas que serão traçadas as ações para atingir a meta (MELLEIRO *et al.*, 2005).

Este estudo também destaca as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros de uma Clínica da Família (CF), localizada na comunidade da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, frente ao registro no livro de sintomáticos respiratórios e acompanhamento desses indivíduos.

No primeiro momento buscou-se traçar um diagnóstico situacional da Clínica da Família cenário da pesquisa, no qual foi escolhido um problema a ser investigado a partir de demandas locais. No segundo momento, delineou-se o objetivo para intervenção pretendida. No terceiro momento elaborou-se as etapas para serem desenvolvidas, assim como analisar a viabilidade dessas ações e as possíveis limitações ou dificuldades a serem encontradas. Por fim, no quarto momento, foram traçadas as ações que seriam realizadas.

4 | RESULTADO: PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de Intervenção foi construído a partir de especificações do problema apresentado, com definição do problema a ser trabalhado, seleção dos nós críticos, as consequências do problema, o desenho da operação, o público alvo, os recursos humanos e materiais utilizados, resultados esperados, resultados alcançados e avaliação da proposta de intervenção (Quadro 3).

Plano de Intervenção para qualificação do registro do livro Sintomático Respiratório (Casos suspeitos de Tuberculose)	
Definição do Problema	<ul style="list-style-type: none">- Falha de registro de solicitação de BAAR para diagnóstico de Tuberculose- Falha na avaliação dos resultados com datas superiores a 48h de registro de exame e entrega de exame.
Nós críticos	<ul style="list-style-type: none">- Ausência de esclarecimentos sobre o agravo com a comunidade da Rocinha, por parte dos profissionais.- Ausência de entendimento sobre a importância do registro no Livro Sintomático Respiratório.- Ausência de organização e de um fluxo de trabalho.

Consequências do Problema	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de reuniões com a linha de Cuidado. - Ausência de Educação Permanente sobre esta temática.
Desenho da Operação	<p>Descrição de 4 etapas, com ações, profissionais envolvidos, local e data de realização.</p> <p>Etapas:</p> <p>Reunião com a gerência e Grupo de Trabalho da Linha de Cuidado Tuberculose;</p> <p>Educação permanente com enfermeiros;</p> <p>Grupo Educativo Multiplicador: Qualificação do acompanhamento dos sintomáticos respiratórios através dos documentos oficiais e fluxo dos registros no livro de SR;</p> <p>Monitoramento e avaliação dos dados.</p>
Público Alvo	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais a serem capacitados: Enfermeiros, ACS e técnicos de enfermagem.
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos didáticos, material permanente e salas: caneta, bloco de anotação; datashow; tela Datashow; livro ata; sala de reunião; auditório.
Resultados Esperados	Qualificação da equipe para registro no livro Sintomático Respiratório
Resultados Realizados	<p>Etapas 1 e 2 - com participação do Residente de Enfermagem).</p> <p>Etapa 3 e 4 - com participação de profissionais através de multiplicadores.</p>
Avaliação do Processo	Trimestralmente pelos enfermeiros da Equipe e pelos responsáveis pela Linha de Cuidado, através da avaliação do livro de SR

Quadro 3: Proposta do Plano de Intervenção para uma Clínica da Família, localizada na Rocinha, município do Rio de Janeiro, ano de 2017.

Fonte: Criado pelos autores.

Definição do problema

Após avaliação dos livros Sintomático Respiratório das 11 equipes da CF, foi evidenciada falha dos registros quanto aos usuários que foram solicitados BAAR diagnóstico ou TRM, avaliação dos resultados com datas superiores à 48h após entrega ou não registro dos resultados ou da própria entrega do material a ser examinado. Pensando assim, que teria sintomático respiratório sem realizar exame do escarro, impossibilitando o acompanhamento efetivo dos sintomáticos respiratórios da unidade e consequentemente, permitindo a continuidade de transmissão da tuberculose e/ou retardar o início do tratamento anti-tuberculose, possibilitando piora do quadro.

Seleção de nós críticos

Os nós críticos são os possíveis problemas que levariam os profissionais da unidade ao não registro ou incompletude dos mesmos no livro Sintomático Respiratório. Assim destacaram -se: A falta de esclarecimento dos profissionais sobre da situação que envolve a comunidade da Rocinha em relação a tuberculose, falta de clareza do objetivo do registro no livro SR e até mesmo o que deve ser preenchido, mostrado na observação e avaliação dos livros SR da unidade, pois apresentavam dados incompletos. O outro nó crítico referiu-se a falta de organização e a falta de fluxo do trabalho, que também coopera para um registro ineficaz e incompleto, possibilitando que o SR não seja monitorado de forma efetiva. Estes nós críticos foram observados durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Consequências do problema

A resposta para os possíveis nós críticos encontrados deve ser descontinuidade de reuniões com todos envolvidos na Linha de Cuidado da Tuberculose que atuam na Unidade, especialmente com os profissionais envolvidos neste processo de registros no livro SR, ausência de educação permanente, o que possibilita a carência de compreensão da importância do acompanhamento ao usuário com suspeita de tuberculose, trazendo os registros incompletos e não acompanhamento desses usuários com sintomas respiratórios.

A criação de um fluxo de registro para as equipes da Unidade de Saúde da Família trouxe uma nova organização ao processo de trabalho gerando continuidade no acompanhamento dos sintomáticos respiratórios.

Desenho da operação

O Plano de Intervenção seguiu etapas que foram descritas como Desenho da Operação (Quadro 4).

Etapas: O que será feito?	Ações: Como será feito?	Profissionais envolvidos: Por quem será feito?	Local: Onde será feito?	Data: Quando será feito?
1. Reunião com a gerência e Grupo de Trabalho da Linha de Cuidado Tuberculose	Demonstração dos dados avaliados e discussão de possível solução ou avaliação da situação	Residente enfermagem	Sala de reunião da CF	Março 2017

2. Educação permanente com enfermeiros	Demonstração dos dados avaliados: Aula demonstrativa situação tuberculose na Rocinha; recomendações para controle da tuberculose; Aula com passo a passo para o fluxo registros; instrutivo; manuseio do Gal	Residente de enfermagem e profissionais da linha de cuidado da tuberculose	Auditório da CF	Maio 2017
3. Grupo Educativo Multiplicador: Qualificação do acompanhamento dos sintomáticos respiratórios através dos documentos oficiais e fluxo dos registros no livro de SR	Grupo realizado pelo Enfermeiro com sua Equipe: Os técnicos de enfermagem avaliarão os resultados no GAL e registrarão os resultados no livro. Os ACS registrarão os nomes dos usuários com suspeita de tuberculose após solicitação do BAAR diagnóstico ou TRM; Instrutivo para os técnicos de enfermagem como avaliar o resultado no GAL e registrar o resultado no livro de SR ; Instrutivo para os ACS da importância dos registros e como registrar e o que registrar no livro de SR. O ACS responsável em registrar o nome dos SR e data da solicitação do exame, será o que estiver escalado no guichê.	Enfermeiro e sua equipe	sala de reuniões de equipe	A partir de Abril de 2017
4. Monitoramento e avaliação dos dados Avaliação plano de intervenção	Monitoramento dos dados através do livro de sintomático respiratório e prontuário eletrônico.	Enfermeiro Linha cuidado tuberculose	Na CF	Permanente Trimestral

Quadro 4: Desenho da operação a ser instituída pelo Projeto de Intervenção para qualificação do livro de registro SR, em CF localizada na Rocinha, município do Rio de Janeiro, ano de 2017.

O público alvo do Projeto de Intervenção foi constituído para os seguintes profissionais: ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros da CF, responsáveis pelo registro no livro SR da unidade e/ou monitoramento desses dos usuários suspeitos de tuberculose.

Os recursos materiais utilizados foram: caneta, bloco de anotação, livro Ata, entre outros. Recursos Humanos: profissionais constituintes do Grupo Técnico de Tuberculose da SMSRJ, gerente da CF e os enfermeiros.

Os resultados esperados eram:

- Qualificação os ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros da CFMSSS a melhor compreensão sobre o controle da tuberculose;
- Discussão com os profissionais, sujeitos ao plano de intervenção, que de-

vem estar permanentemente incorporadas às atividades de busca ativa de SR;

- Instrução dos profissionais sobre a importância do registro no livro de SR;
- Aumento do número de registro no livro de SR;
- Ampliação da detecção de casos de tuberculose em tempo oportuno; e
- Redução da transmissão de tuberculose.

Resultados alcançados:

Os resultados estavam relacionados a primeira e segunda etapas do Plano de Intervenção. Inicialmente, realizou-se uma reunião com grupo de trabalho da Linha de Cuidado da Tuberculose, elucidando o baixo registro e/ou incompletude de registro no livro Sintomático Respiratório da unidade, comparando com solicitações de BAAR diagnóstico ou TRM pelo prontuário eletrônico.

Outro momento realizado foi a discussão em reunião de equipe sobre as consequências da falta de registro no livro SR. A equipe iniciou novo fluxo de registros e avaliação destes, promovendo a educação permanente com os demais enfermeiros das equipes.

Avaliação do Plano de Intervenção

O Plano de Intervenção foi avaliado trimestralmente pela Linha de Cuidado de Tuberculose e demais enfermeiros da Unidade, avaliando os livros SR, de suas respectivas equipes, comparando estes dados com as solicitações de BAAR diagnóstico ou TRM, possibilitando assim verificar se os usuários foram registrados no livro, se realizaram os exames e se foi analisado os resultados após realização da coleta do escarro. Assim, teve um progressivo aumento dos registros estando os mesmos mais qualificados, ocasionando uma busca e avaliação efetiva dos indivíduos sintomáticos respiratórios.

5 | CONCLUSÃO

A tuberculose é certamente um dos agravos mais antigos da humanidade e que vem acometendo milhares de pessoas em todo o mundo. O que leva à necessidade de revisão das políticas públicas de promoção e de prevenção adotadas. No cenário brasileiro, este agravo vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais. Torna-se necessário, pois, criar alternativas, atuar num novo modelo de prevenção e de promoção à saúde, optar por um modelo de assistência voltado à uma prática de saúde mais participativa, coletiva e ao mesmo tempo integral, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, assistida por uma equipe multiprofissional cujos

objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das Unidades de Saúde. Desta forma, este estudo representou um passo importante mostrando o impacto de um Plano de Intervenção sobre os problemas enfrentados pelas equipes.

As equipes de Saúde da Família representam, hoje, uma forma de ampliar acesso à saúde para todos os cidadãos. Para a real implantação do Plano de Intervenção na CF da Rocinha, foi necessário um árduo e constante trabalho por parte de toda equipe multiprofissional, a fim de construir um novo paradigma para a promoção dos serviços de saúde oferecidos referentes a tuberculose.

Diante dos novos horizontes, torna-se necessário definir estratégias de capacitação dos profissionais que estejam na vanguarda deste processo inovador e audacioso, com a premissa de levar a saúde para todos e, mais ainda, rever e transformar o imaginário social relativo a doença. Apesar de os registros no livro Sintomático Respiratório e o acompanhamento desses usuários ser parte integrante das atividades dos profissionais da CF, ainda se tem dificuldades para atingir as metas adequadas de registros no Livro SR.

A implantação da Educação Permanente no serviço de saúde aperfeiçoa assim o cuidado prestado na Atenção Primária, tornando mais efetivo o monitoramento dos indivíduos suspeitos de tuberculose. Mesmo representando um agravo antigo e persistente, necessita, urgentemente, de um novo olhar. Um olhar que seja capaz de enfrentar os tabus e preconceitos que orientam o pensamento de usuários e profissionais sobre a doença, que traga novas alternativas para o controle do agravo e, acima de tudo, ser capaz de resgatar profissionais e usuários que estão investidos de uma cultura estigmatizante e perpetuadora de mazelas incalculáveis referentes a doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Ministério da Saúde. Brasília; 2011.

CALIARI, J.S.; FIGUEIREDO, R.M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm;**25(1):43-47; 2012.

CARVALHO, F. **Estratégia Saúde da Família e o tratamento da tuberculose pulmonar na comunidade da Rocinha – uma avaliação do serviço.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

GABARDO, B.M.A. **Sintomáticos respiratórios em município de elevada incidência de tuberculose.** Tese de Doutorado em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

MELLEIRO MM, TRONCHIN DMR, CIAMPONE MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paul Enfermagem;** 18(2): 165-71, 2005.

REIS, T.G. **Plano de intervenção para controle da tuberculose em Samambaia-DF.** 28 f.Trabalho

de conclusão de curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Prontuário Eletrônico**. VitaHisCare, acessado em 29 de Dezembro de 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida: Carteira de Serviços. Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Versão Profissionais. 1^a edição. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

SOBRINHO; E.C.R. et al. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Eletr. Enf**; 15(2), 2013.

TELLES, M.A.S.; MENEZES, A.; TRAJMAN, A.. Bottlenecks and recommendations for the incorporation of new technologies in the tuberculosis laboratory network in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**; 38(6): 766-770, 2012.

FASES DO PROJETO CONCEITUAL PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROTÓTIPO

Katia Cilene Ayako Inomata

Universidade Federal do ABC

São Bernardo do Campo – São Paulo

Mildred Patrícia Ferreira da Costa

Universidade de São Caetano do Sul

São Caetano do Sul – São Paulo

Silvia Cristina Furbringer e Silva

Centro Universitario São Judas

Santos – São Paulo

RESUMO: O desenvolvimento tecnológico, após a 2^a. Guerra Mundial, viabilizou o acesso científico, contribuindo para a difusão tecnológica, influenciando a área da saúde, resultando na inovação de equipamentos e serviços, melhorando a qualidade da assistência à saúde e a qualidade de vida dos pacientes. Na prática da assistência de enfermagem muitas vezes sentimos a necessidade de solucionar problemas através da construção de um modelo de material - um protótipo. Para tal, é fundamental a utilização do processo de desenvolvimento de produto. O projeto conceitual compõe uma de suas fases e tem a função de buscar, criar, representar e selecionar soluções. Este trabalho descreve as fases do projeto conceitual para a construção de um protótipo. Trata-se de pesquisa bibliográfica, descritiva, centrada no referencial teórico do Método de

Desenvolvimento de Produto de Rozenfeld *et al.* (2006). A enfermeira, ao se deparar no seu cotidiano de trabalho com a necessidade de invenção de um equipamento, deve seguir as etapas do método de desenvolvimento de produto proposto por Rozenfeld. As etapas do projeto conceitual: Modelo funcional, função global, desenvolvimento de alternativas de solução, arquitetura, análise de sistemas subsistemas e componentes, definição de fornecedores e parcerias de co-desenvolvimento e seleção da concepção do produto, auxiliam o desenvolvimento do produto. As enfermeiras adotam, em sua prática, muitas estratégias para resolução de problemas, entretanto, é preciso avançar na proposta de novas tecnologias, seguindo as etapas das fases do projeto conceitual, que possibilita o desenvolvimento de um protótipo e o lançamento de um novo produto no mercado para atender uma necessidade detectada.

PALAVRAS-CHAVE: Inovação. Globalização. Desenvolvimento de Produto

ABSTRACT: The technological development, after the 2nd. World war, made possible the scientific access, contributing to the technological diffusion, influencing the health area, resulting the innovation of equipment and services, improving the quality of health care and quality of life of patients. In nursing

practice, we often feel the need to solve problems by constructing a material model - a prototype. It is fundamental to use the product development process, the conceptual design composes one of its phases and has the function of researching, creating, representing and selecting solutions. This work describes the phases of the conceptual design for the construction of a prototype. This is a descriptive bibliographical research centered on the theoretical reference of the Product Development Method of Rozenfeld et al. (2006). When the nurses face on their daily job the necessity of inventing an equipment they must follow the steps of the product development method proposed by Rozenfeld. The stages of conceptual design are: functional model, global function, development of solution alternatives, architecture, analysis of subsystems and system components, definition of suppliers and co-development partnerships and selection of product designs. Everything listed helps on a development of a product. Nurses adopt, in their practice, several strategies for problem solving. It is necessary to advance the proposal of new technologies, following the phases of the conceptual design phases, which allows the development of a prototype and the launch of a new product in the market to meet a detected need.

KEYWORDS: Innovation. Globalization. Product development

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico iniciado após a 2^a. guerra mundial tem viabilizado o acesso a novos conhecimentos científicos e tecnológicos além de facilitar o contato entre os pesquisadores. (ROVERE, 1999)

A tecnologia é o conhecimento adquirido através de técnicas utilizadas pelos seres humanos para a sobrevivência diante dos acontecimentos da natureza, não abrange exclusivamente as máquinas ou equipamentos, e inclui o trabalho manual, intelectual, a organização física da produção, as formas como as máquinas são arrumadas no trabalho. (LORENZETTI, et al., 2012)

As teorias científicas são resultados da tecnologia e por isso há a relação tecnociência, são instrumentos importantes para a saúde e o tratamento de doenças. (LORENZETTI, et al., 2012)

A difusão da tecnologia tem aumentado a competitividade no mercado e facilitado o canal de comunicação entre empresa e cliente. (ROVERE, 1999)

A tecnologia tem influenciado diversas áreas, inclusive na saúde, resultando na inovação de equipamentos, na gestão administrativa, na assistência à saúde, na educação, melhorando a qualidade do atendimento, trazendo conforto, segurança e aumentando a qualidade de vida do paciente. (CAMPOS, et al, 2015)

A inovação é a criação de novos produtos com foco nas necessidades e problemas a serem solucionados do mercado, desta forma produtos inovadores atendem consumidores do mundo inteiro levando à competitividade o que torna cliente mais exigente. (SEVERO; OLIVEIRA; GUIMARÃES; 2014)

O processo do desenvolvimento de produto é um conjunto de ações voltadas para a criação de um novo produto em menor tempo, visando atender as constantes mudanças das necessidades do cliente. (ROZENFELD; et al, 2014)

Na prática diária da assistência de enfermagem, muitas vezes identificamos a necessidade de solucionar o problema através da construção de um modelo de material: um protótipo. A construção de um protótipo permite facilitar e desenvolver uma assistência de enfermagem de forma precisa, segura, juntamente com os padrões de qualidade exigidos do mercado atual competitivo. (ALMEIDA; SILVA, 2016)

O processo de desenvolvimento de produto é fundamental para o desenvolvimento de um protótipo e é composto por 3 macrofases: pré-desenvolvimento, desenvolvimento e pós-desenvolvimento. O projeto conceitual está na macrofase e tem a função de buscar, criar, representar e selecionar soluções para o problema do projeto.

Com o avanço da ciência e da tecnologia, os equipamentos e instrumentais são produzidos para solucionar os problemas e as exigências do mercado, tornando os procedimentos práticos, eficazes e seguros, permitindo um ganho de tempo.

2 | MÉTODO

Pesquisa bibliográfica, descritiva, centrada no referencial teórico do Método de Desenvolvimento de Produto de Rozenfeld et al. (2006).

3 | RESULTADOS

3.1 O Projeto Conceitual

É a fase do projeto que está relacionado com a busca, criação, representação e seleção de soluções para o problema do projeto. (ROZENFELD, 2006)

Com o avanço da ciência e da tecnologia, os equipamentos e instrumentais são produzidos para solucionar os problemas e as exigências do mercado, tornando os procedimentos práticos, eficazes e seguros, permitindo um ganho no tempo da assistência.

O processo de fabricação de um protótipo deve obedecer às etapas descritas a seguir, conforme mostra a Fig.1.

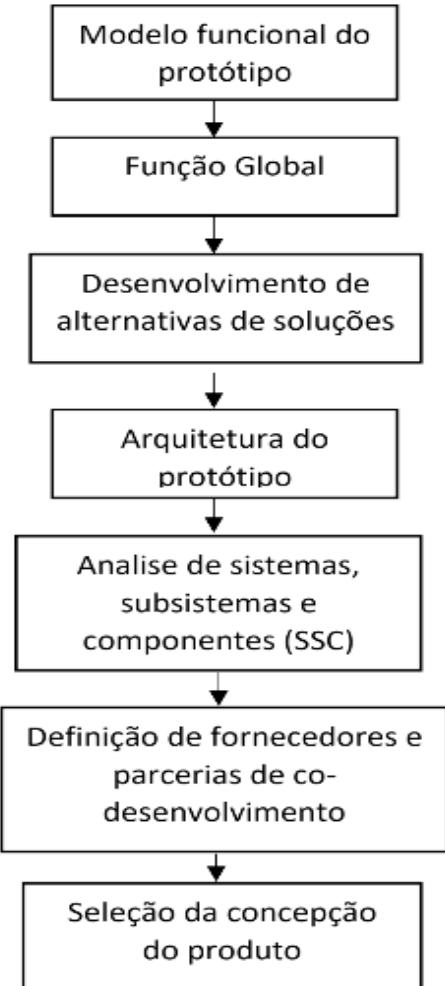


Fig. 1 fases do projeto conceitual

3.1.1 Modelo funcional do protótipo

O modelo funcional possui a vantagem de auxiliar o trabalho da equipe do projeto e processos, as funções são obtidas através das necessidades dos clientes e definem contornos da solução final do projeto, os problemas favorecem o desenvolvimento da criatividade. (ROZEFELD, 2006)

Nesta fase são descritas o modelo de um protótipo com a finalidade de resolver o problema proposto e satisfazer as necessidades do mercado.

As funções descrevem a capacidade desejada ou necessária que tornarão um produto capaz de desempenhar seus objetivos e especificações. (ROZENFELD, 2006)

3.1.2 Função global

A **função global** é obtida pela análise dos requisitos funcionais, ajuda a equipe de desenvolvimento a sintetizar o que realmente se espera do produto projetado, serve como ponto de partida para o processo de elaboração de uma estrutura funcional para o produto. (ROZENFELD, 2006)

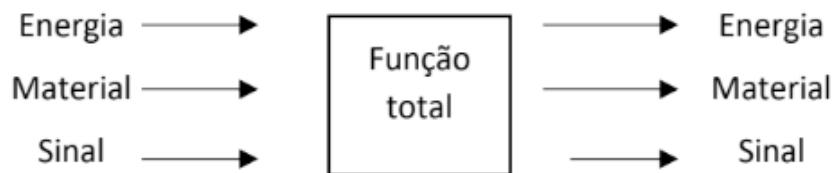
A **função total** é a representação gráfica da transformação que ocorre com entradas e saídas definidas, essas entradas e saídas são os estados do sistema,

podem ser, através de:

Sinal: é a forma física na qual a informação é transportada, pode ser preparado, recebidos, comparados, combinados, transmitidos, mostrados ou gravados.

A energia é a responsável pelo transporte ou transformação de material, pode ser elétrica cinética, magnética, calor e óptica.

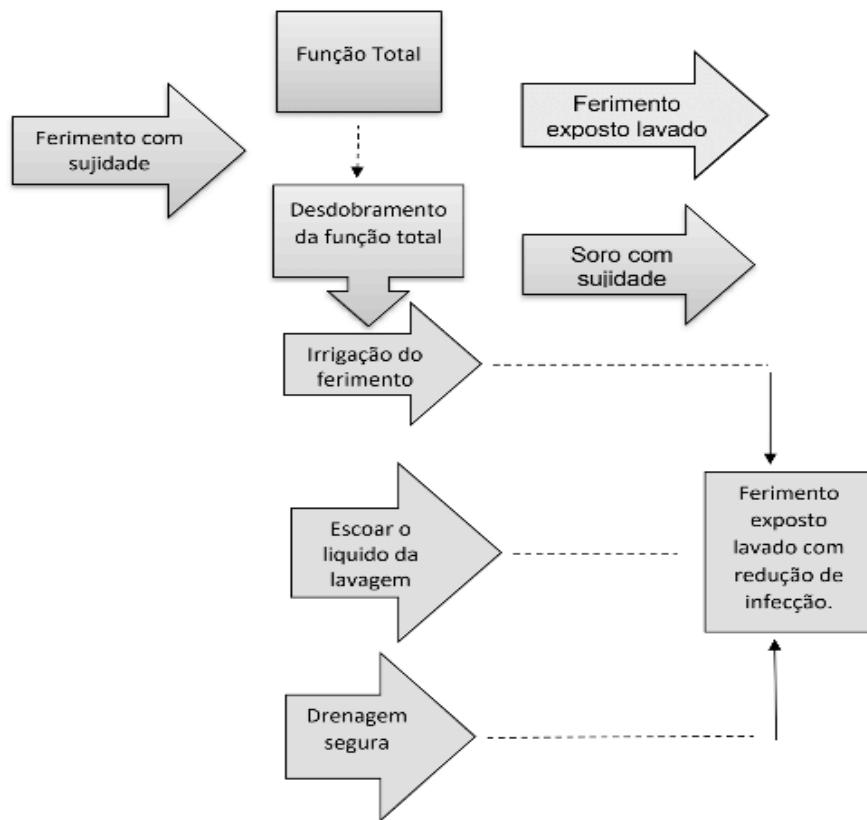
A Fig.2 representa a função esquemática da função total de um protótipo e a sua interação com o meio



Fonte: Rozenfeld *et al*, 2006

Um exemplo de função total a partir de um protótipo para apoiar o membro durante o processo de antisepsia da fratura exposta, como entrada temos o soro fisiológico utilizado para o procedimento de antisepsia e o ferimento exposto com sujidade e como saída temos o soro com sujidade e o ferimento exposto lavado.

A fig. 3 mostra um modelo de função esquemática da função total de um protótipo para apoiar o membro durante o processo de antisepsia da fratura exposta.



Fonte: Inomata, 2016

Como entrada temos as secreções, o soro fisiológico utilizado para a lavagem e os movimentos físicos da pessoa que executa a atividade e como saída temos região orotraqueal sem secreção.

O desdobramento da função total em funções mais simples, no mesmo exemplo do aspirador de secreção traqueal podemos dizer que o desdobramento da função do total do aspirador de secreção traqueal seria: aspirar secreção, depósito da secreção aspirada segura, e como saída temos redução de infecção, melhora do padrão respiratório.

3.1.3 Desenvolvimento de alternativas de solução para o protótipo

É a combinação de princípios de soluções para a função que compõe cada estrutura do protótipo, formando o princípio de solução total do produto. (ROZENFELD, 2006)

Nesta fase descrevemos soluções variadas diante dos problemas apresentados.

3.1.4 Arquitetura do Protótipo

A arquitetura de um produto define como os componentes físicos se relacionam, definindo também como o produto pode ser modificado; é o esquema pelo qual os elementos funcionais do produto são arranjados em partes físicas e como essas partes se interagem, permitindo que mudanças sejam feitas em determinadas funções do produto, pode ser classificada em arquitetura integral e modular. (ROZENFELD, et al, 2006)

A arquitetura integral é caracterizada por ter a função do produto distribuída em vários conjuntos de componentes, podendo ser combinada com pouco componente para otimizar o desempenho de certas dimensões.

A arquitetura modular as funções do produto não são compartilhadas entre dois ou mais módulos.

3.1.5 Análise dos sistemas, subsistemas e componentes (SSC)

Nesta fase são analisados os aspectos críticos do produto e são definidos os parâmetros principais como forma, material, dimensão e capacidade, questão de funcionamento e montagem.

Os aspectos críticos e a definição dos parâmetros principais são obtidos após a realização de testes com o protótipo.

3.1.6 Definir fornecedores e parcerias de co-desenvolvimento

O fornecedor dos materiais necessários para a construção do protótipo deverá ser identificado após serem feitas cotações com os melhores preços e formas de

pagamento.

A parceria para o desenvolvimento do produto será feita após ter o registro da patente no INPI, tornando a negociação de forma segura, tanto para o autor quanto para a empresa.

A empresa escolhida para a fabricação do produto deverá ter as seguintes características satisfatória ao cliente: ser uma empresa idônea, solida, ter qualidade e confiabilidade e possuir o sistema de gestão ambiental com certificação.

3.1.7 Selecionar a concepção do produto

O objetivo dessa atividade é escolher, dentre as concepções geradas da fase de desenvolvimento de alternativa de solução para o protótipo, o melhor conceito que será transformado no produto final.

4 | CONCLUSÃO

As enfermeiras adotam, em sua prática, muitas estratégias para resolução de problemas, inclusive com improvisações. É preciso avançar na proposta de novas tecnologias, porém, seguindo as etapas científicas das fases do projeto conceitual, que possibilitam o desenvolvimento de um protótipo e o lançamento de um novo produto no mercado que venha atender a uma necessidade detectada.

REFÉRENCIAS

- ALMEIDA, Lisiâne Marcolin. SILVA, Helena Terezinha Hubert. **Equipamento médico-hospitalar: uma gestão na área da saúde**. Interdisciplinary Journal of Health Education. v.1, n.1. 2016 p.1-8.
- CAMPOS, Natalia Bruna Dias. et al. **Ferramentas tecnológicas auxiliando os enfermeiros no controle e prevenção do câncer de colo do útero**. Interfaces da Educ. v.6, n.17. 2015. p.117-140.
- INOMATA, Katia Cilene Ayako. **Desenvolvimento de um protótipo para apoiar o membro durante o processo de antisepsia da fratura exposta**. 2016. 84p. dissertação (Mestrado profissional em enfermagem) – Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2016.
- LORENZETTI, Jorge. et al. **Tecnologia Inovação tecnologia e saúde: uma reflexão necessária**. Texto & Contexto Enfermagem. v.21, n.2. 2012. P.432-439.
- ROVERE, Lebre la Renata. **As pequenas e medias empresas na economia do conhecimento**. In: LASTRES, Helena. ALBAGLI, Sarita. **Informação e globalização na era do conhecimento**. Rio de Janeiro, 1999. P.145-163.
- ROZENFELD, Henrique. et al. **Gestão desenvolvimento de produtos**. 1^a.edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2006, 1-542p.
- SEVERO, Eliana Andréa. OLIVEIRA, Marcio. GUIMARÃES, Julio Cesar Ferro. **Inovação de produto em uma empresa de micro-ônibus**. Pretexto. v.15, n.4. 2014. p.1-18.

CAPÍTULO 15

FORMAÇÃO DE GRUPO DE PESQUISA SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Sant'Ana Tristão

Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Pelotas – Rio Grande do Sul

Vania Greice da Paz Schultz

Universidade Federal de Pelotas, Hospital Escola UFPEL/Ebserh, Pelotas – Rio Grande do Sul

Natieli Cavalheiro Viero

Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria – Rio Grande do Sul

da assistência nos Hospital Escola UFPEL/Ebserh o Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC) foi criado no ano de 2016 com o objetivo de produzir, divulgar e aplicar os conhecimentos científicos adquiridos em estudos e pesquisas, a fim contribuir com o ensino, a pesquisa e a assistência. O grupo realizou: reuniões, encontros e eventos dentro da instituição, levantamento das necessidades do serviço em relação a melhorias, atividades de capacitação para pesquisa e de educação voltadas para os profissionais de saúde e utilizou os resultados dos estudos para propor mudanças na instituição. Considerações finais: essa experiência possibilitou a aproximação entre trabalho, educação e pesquisa no campo hospitalar, já que os resultados da pesquisa passaram a ser utilizados na prática de cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Grupos de Pesquisa; Ferimentos e Lesões; Enfermagem.

ABSTRACT: Introduction: Research group is defined as a group of researchers that are structured in an area of knowledge, with the goal of developing scientific research. The Brazilian research groups are responsible for a large part of the research carried out and for the training of numerous researchers in the country. However, there are gaps between what is produced and the use of the results of the studies and their

RESUMO: Introdução: Grupo de pesquisa é definido como um grupo de pesquisadores que se estruturam em uma área do conhecimento, com o objetivo de desenvolver pesquisa científica. Os grupos de pesquisa brasileiros são responsáveis por grande parcela das investigações realizadas e pela formação de inúmeros pesquisadores no país. Entretanto há lacunas entre o que é produzido e a utilização do resultado dos estudos e sua aplicação na prática dos serviços. Objetivo: Relatar a experiência da formação de um grupo de pesquisa em um hospital público de ensino e a utilização do conhecimento produzido na instituição. Método: relato de experiência ou modalidade de investigação científica de demonstração de experiência prática. Resultados: Frente à necessidade gerar e difundir conhecimentos que contribuam para a melhoria da qualidade

application in the practice of services. Objective: To describe the experience of the formation of a research group in a public teaching hospital and the use of the knowledge produced in the institution. Method: report of experience or modality of scientific investigation of demonstration of practical experience. Results: In view of the need to generate and disseminate knowledge that contributes to the improvement of the quality of care at the Hospital Escola UFPel / Ebserh the Study and Research Group on Prevention and Treatment (GEPPTELC) was created in 2016 with the objective of producing, disseminating and applying the scientific knowledge acquired in studies and research, in order to contribute to teaching, research and assistance. The group carried out: meetings and events within the institution, surveying the needs of the service regarding improvements, research training and education activities aimed at health professionals and used the results of studies to propose changes in the institution. Final considerations: this experience made possible the approximation between work, education and research in the hospital field, since the results of the research began to be used in the practice of caring.

KEYWORDS: Research Groups; Wounds and Injuries; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Grupo de pesquisa é definido como um grupo de pesquisadores que se estruturam em uma área do conhecimento, com o objetivo de desenvolver pesquisa científica. A institucionalização dos grupos de pesquisa no Brasil é uma prática que tem consolidado a pesquisa no país. Os grupos são responsáveis por grande parte das investigações realizadas na atualidade e pela formação de inúmeros pesquisadores (MARAFON, 2008). No entanto, existe distanciamento entre o conhecimento científico produzido e a utilização do resultado dos estudos e sua aplicação na prática assistencial, assim como a colaboração interdisciplinar. Grandes partes dos grupos de pesquisa do Brasil estão vinculados a instituições de ensino e universidades (FÓRUM DE REFLEXÃO UNIVERSITÁRIA UNICAMP, 2002; DYNIEWICZ; GUTIÉRREZ, 2005). Contudo muitas vezes os grupos não têm vinculação ou interação com os serviços de saúde e o resultado da pesquisa produzida não retorna aos serviços, não é utilizada para melhorar as condições de vida das populações estabelecendo desassociação entre a produção do conhecimento em saúde e sua aplicação para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais qualificadas.

Faz-se necessário que os grupos de pesquisa não só gerem e difundam o conhecimento, mas também, promovam a integração de forma a produzir conhecimento para os serviços de forma que os avanços científicos e tecnológicos possam ser por eles utilizados (ERDMANN et al, 2013). A vinculação de grupos de pesquisa voltados à prevenção e tratamento de lesões cutâneas com os hospitais é uma estratégia importante para a produção de conhecimentos que os orientem para o manejo das

lesões cutâneas, que são lesões de etiologia variada que acometem grande parte dos pacientes internados, já que muitas lesões cutâneas representam um grave problema de saúde pública devido ao grande número de pacientes acometidos, gerando aumento da média de internação, do custo do tratamento e impacto na qualidade de vida.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência da formação de um grupo de pesquisa em prevenção e tratamento de lesões cutâneas e em um hospital público de ensino e a utilização do conhecimento produzido.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência.

O relato de experiência consiste numa modalidade de investigação científica de demonstração de experiências práticas para maior compreensão e fundamentação de um fato (LIMA, 2011).

4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Frente à necessidade gerar e difundir conhecimentos que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência o Grupo de Pele do Hospital Escola da UFPel/Ebserh conjuntamente com docentes e alunos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, criaram no ano de 2016 o Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC) com o objetivo de produzir, divulgar e aplicar os conhecimentos científicos adquiridos em estudos e pesquisas na área, a fim contribuir com o ensino, a pesquisa e a assistência na instituição e fora dela.

Visando difundir a cultura da pesquisa na instituição, o grupo alinhou algumas estratégias dentre elas destacam-se: organização das atividades do grupo de pesquisa dentro da instituição em local e hora pré-definidos para facilitar a participação dos profissionais; levantamento das necessidades do serviço em relação a melhorias de processos; desenvolvimento de atividades de capacitação para pesquisa voltada para os profissionais de saúde; atividades de educação e capacitação sobre o tema prevenção e tratamento de lesões cutâneas; desenvolvimento de pesquisas voltadas para o cotidiano da instituição em consonância com políticas nacionais de educação na saúde e nas seguintes linhas de pesquisa: assistência em pediatria e neonatologia, assistência em clínica cirúrgica e médica e assistência em oncologia, que contemplam

as áreas de atendimento na instituição e apoio técnico ao grupo de pele do hospital.

A estruturação das atividades foi organizada da seguinte forma: em relação à organização das atividades do grupo de pesquisa dentro da instituição em local e hora pré-definidos foi elaborado um cronograma de reuniões ordinárias do grupo que levou em consideração a disponibilidade dos participantes em relação ao turno, horário, local. Essa iniciativa possibilitou a participação de um número maior de profissionais nas reuniões e também maior assiduidade.

Em relação ao levantamento das necessidades do serviço, no que diz respeito à melhoria de processos, foi realizado um inquérito junto aos membros do grupo e gestores da instituição sobre quais processos em relação à prevenção e tratamento de lesões que precisariam ser aperfeiçoados. Esse levantamento subsidiou a construção da agenda de trabalho do grupo delimitando as ações a serem desenvolvidas nos anos de 2016 e 2017.

No que se refere ao desenvolvimento de atividades de capacitação para pesquisa voltada para os profissionais de saúde, foi criado um cronograma de atividades que contemplou ações de formação como o desenvolvimento de um curso de capacitação para revisão bibliográfica, dois de capacitação para preenchimento do currículo Lattes, e um sobre metodologia de pesquisa.

Sobre as atividades de educação e capacitação sobre o tema prevenção e tratamento de lesões cutâneas foram desenvolvidas atividades temáticas voltadas aos membros do grupo de pesquisa e profissionais da instituição. Dentre elas destaca-se a atividade intitulada *Dia de prevenção das lesões por pressão* realizada no mês de novembro de 2016 que possibilitou um espaço de discussão e atualização sobre o tema. O tema prevenção das lesões por pressão foi escolhido pelo grupo no decorrer de reuniões ordinárias onde foram discutidas quais as lesões cutâneas mais prevalentes na instituição e quais eles tinham mais dificuldades ou encontravam mais barreiras para prevenir e ou tratar.

De acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016) lesão por pressão é um dano localizado na pele e ou tecidos moles subjacentes, resultado da pressão intensa e ou prolongada em combinação com o cisalhamento geralmente relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. As lesões por pressão tem sido fonte de preocupação por representar um problema de saúde pública, por causarem transtornos físicos, emocionais e terem impacto na morbidade e mortalidade (SOARES; HEIDEMANN, 2018). O grupo identificou que as lesões por pressão, assim como em outras instituições também eram recorrentes no hospital e que muitas vezes poderiam ser evitadas se os profissionais tivessem conhecimento sobre formas de prevenção.

A atividade foi realizada sobre forma de palestra no auditório do hospital e foi em turnos e horários diferentes para possibilitando a participação de um numero maior de pessoas. Nesta oportunidade foram discutidas formas de prevenção fundamentadas na literatura e adequadas à realidade institucional.

Outra ação importante foi a capacitação sobre *Tratamento de úlceras vasculogênicas*. Entre as úlceras de perna, as vasculogênicas de origem venosa, arterial ou mista são as mais prevalentes, desencadeiam um processo crônico, doloroso, recorrente e causam impacto negativo na qualidade de vida, das pessoas acometidas requerendo intervenção local e sistêmica (MALAQUIAS et al, 2012). A capacitação teve como foco as novas tecnologias para o cuidado, já que este tipo de lesões acomete grande parte dos pacientes assistidos pelas Equipes Multidisciplinares de Atendimento Domiciliar da instituição. A capacitação foi realizada na forma de palestra que foi realizada por uma enfermeira especialista em tratamento de feridas que foi convidada para conduzir a atividade.

Realização do primeiro I Simpósio do GEPPTELC sobre Prevenção de Lesões Cutâneas, no dia oito de novembro de 2016 que contou com a participação de 170 participantes e palestrantes de serviços de referência do Estado do Rio Grande do Sul. No encontro foram abordados os temas: prevenção de lesões por pressão, prevenção de dermatite associada à incontinência, prevenção de lesão em ostomias, prevenção de lesões cutâneas em recém-nascidos, manejo de feridas oncológicas e organização de serviços voltados à prevenção e tratamento de lesões cutâneas. O evento foi um momento importante de sensibilização para o tema lesões cutâneas e o impacto econômico nos serviços de saúde, assim como estratégias para o cuidado.

Em relação ao desenvolvimento de pesquisas, foram construídos dois projetos de pesquisa desenvolvidos junto com alunos e professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Um dos projetos teve como objetivo a identificação de fatores de risco e prevalência de lesões por pressão em pacientes adultos internados no Hospital Escola UFPel/Ebsereh e o outro a voltado a identificação prevalência de lesões cutâneas em usuários do serviço de atenção domiciliar vinculado ao hospital. Os projetos foram apresentados e aprovados por uma banca examinadora, aprovados por Comitê de Ética e Pesquisa e desenvolvidos nos anos de 2016 e 2017. Esses dois estudos, foram os primeiros empreendidos na instituição que tiveram como propósito um mapeamento das lesões cutâneas.

Em relação ao apoio técnico ao Grupo de Pele do hospital o GEPPTELC, auxiliou na construção de um instrumento de avaliação de risco e prevalência de lesão por pressão, com o objetivo de detectar os fatores de risco presentes, número e o estágio das lesões identificadas, além de descrever o perfil sociodemográfico e identificar o perfil clínico dos pacientes com lesões cutâneas internados no hospital. O instrumento foi construído testado e aplicado pelos pesquisadores do grupo e profissionais da instituição. O GEPPTELC também auxiliou o Grupo de Pele do Hospital, na construção do projeto para implantação de uma escala de avaliação de risco para lesão por pressão, conduzindo a construção do projeto, validação do instrumento pelos pares integrantes do grupo de pesquisa e enfermeiras do hospital e aplicação do teste piloto em uma unidade. No momento o projeto está em andamento para futura implantação em todo o hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de pesquisa sobre prevenção e tratamento de lesões cutâneas se faz cada vez mais necessária em um contexto onde há um crescimento das doenças crônico degenerativas e redução dos recursos a serem aplicados nos serviços. Nesse sentido essa experiência aponta possibilidade do desenvolvimento da cultura da pesquisa nas instituições de saúde, sobretudo nos hospitais públicos indicando alguns caminhos possíveis como a formação de grupos de pesquisa que desenvolvam ações de aproximação com os profissionais, que estimulem a participação dos mesmos nos grupos de forma que estes passem a reconhecer a pesquisa como uma atividade importante e que pode ser utilizada para impulsionar melhorias e qualificar: os serviços, o processo de trabalho e assistência prestada pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

- MARAFON, G.J. A importância dos grupos de pesquisa na formação dos profissionais de geografia agrária: a experiência do NEGEF. **Campo-território: revista de geografia agrária**, v.3, n. 5, p. 284-290, 2008.
- FÓRUM DE REFLEXÃO UNIVERSITÁRIA UNICAMP. Desafios da pesquisa no Brasil uma contribuição ao debate. **São Paulo em perspectiva**, v.16, n4, p. 15-23, 2002.
- DYNIEWICZ, A.M; GUTIÉRREZ, M.G.R. Metodologia da pesquisa para enfermeiras de um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n3, p:354-363, 2005.
- ERDMANN, L.; SANTOS, A.G.; KLOCK, J.L.; SODER, P.; ERDMANN, R.M.; DAL SASSO, G.T.M. Políticas, gerência e inovação de grupos de pesquisa para a excelência em enfermagem. **Aquichán**, v.13, n1, p:92-103, 2013.
- LIMA, D.V.M. Research design: a contribution to the author. **Online Braz J Nurs** v.10, n.2, 2011.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. Disponível em: <http://www.npuap.org> Acesso: 15 de outubro de 2018.
- SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção do prejuízo de pressão: expectativas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018.
- MALQUIAS, S.G.; BACHION, M. M.; SANT'ANA, S.M.S.C.; DALLARMI, C.C.B.; BUENO, C.C; LINO JUNIOR, R.S; FERREIRA, P.S. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev Esc Enferm USP**, v 46, n2, p:302-310, 2012.

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA ENTRE ESTUDANTES DO NÍVEL TÉCNICO DE ENFERMAGEM E ENFERMEIROS

Alan Jonathas Da Costa

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

Silvia Emanoella Silva Martins De Souza

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e
Universidade de Brasília

Jônatas De França Barros

Universidade de Brasília e Universidade Federal
do Rio Grande do Norte

André Ribeiro Da Silva

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e
Universidade de Brasília

RESUMO: A pesquisa apresentada relata um estudo de revisão integrativa de literatura sobre o conhecimento dos estudantes de enfermagem e profissionais do ensino e saúde acerca do tema de parada cardiorrespiratória. Teve como objetivo analisar artigos sobre conhecimento dos graduandos em instituições de ensino e profissionais da saúde abordados nas pesquisas quanto a percepção e conduta na parada cardiorrespiratória. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, de natureza observacional com abordagem qualitativa e com desenvolvimento retrospectivo, sendo que os dados obtidos foram coletados através dos artigos em base de dados online. É possível observar que há uma necessidade de uma intervenção precoce quanto à parada cardiorrespiratória em instituições educativas

de nível fundamental, médio e superior cujo há maior quantidade de jovens e de adolescentes, sendo um local propício para qualificação em abordagens de Suporte Básico de Vida.

PALAVRAS-CHAVE: Ressuscitação; Cardiopulmonar; Enfermagem; Ensino; Aprendizagem.

ABSTRACT: The present research reports an integrative review of literature on the knowledge of nursing students and health professionals about the topic of cardiorespiratory arrest. The objective of this study was to analyze articles on the knowledge of undergraduates about the perception and conduct of cardiorespiratory arrest. It is an integrative review of the literature, observational in nature with a qualitative approach with retrospective development, and the data obtained were collected through articles in an online database. It is possible to observe that there is a need for an early intervention regarding cardiorespiratory arrest in educational institutions at the primary and secondary level and higher level, with the highest number of young people and adolescents, being a suitable place for qualification in Basic Life Support.

KEYWORDS: Cardiopulmonary Resuscitation; Nursing; Teaching; Learning

1 | INTRODUÇÃO

Por muito tempo, os seres humanos consideravam a morte como algo inevitável e irrecuperável, sendo que esse pensamento perpetuou até o fim do séc. XVIII, diante disso, pensaram na possibilidade de prática e manejo efetivo com o paciente para que a ressuscitação fosse algo possível. Mas somente na década de 60, procedimentos de ressuscitação tiveram experiências empíricas (FILHO *et al.*, 2006; TIMERMANN, 2009).

Algumas manobras que podemos sugerir de parada cardiorrespiratória (PCR) são relatados em passagens bíblicas como no livro de II Reis em seu capítulo 4 versículos 32-35. No ano de 800 a.C. quando profeta Eliseu ressuscitava um jovem que segundo escrituras estaria morto (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006; EWY; KERN, 2007. p. 60-69)

A Sociedade Bíblica do Brasil, (1994) complementa as informações abaixo com o livro de Reis II, 4:32-35.

Eliseu entrou na casa e viu a criança deitada na cama. Primeiro orou ao Senhor e, colocou-se sobre a criança. Ele pôs sua boca na boca dele, seus olhos nos olhos dele, suas mãos nas mãos dele e estendeu-se sobre o menino. E o corpo da criança se aqueceu. Eliseu se afastou, caminhou pela sala e depois deitou-se novamente sobre o menino. Fez isso sete vezes. Então o menino espirrou e abriu os olhos.

Na década de 1960, as patologias cardiovasculares compuseram a maior causa de morte no Brasil e recentemente representam 1/3 dos óbitos no país. Destacam-se, desse grupo as complicações isquêmicas do coração que são responsáveis por 80% dos casos de PCR, sendo que a maior parte acontece em ambientes incomuns (MIYADAHIRA *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2012).

De acordo com o referencial de Duarte (2010) e Pereira (2013), Doenças cardiovasculares (DCV) são os maiores fatores de morte no mundo, acarretando ao óbito aproximadamente o número de vítimas de neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas, acidentes veiculares e diabetes mellitus segundo a World Health Organization (2015). No país, as DCV têm um número de morte ainda mais alarmante (ROTH *et al.*, 2015).

Patologias sistêmicas são as causas mais frequentes de óbitos no Brasil, sendo que aproximadamente 29% desses óbitos são caracterizados por essas doenças. Destes casos, 50% referem-se ao óbito repentino devido à Fibrilação Ventricular (FV) como uma complicação do infarto agudo do miocárdio. Por ser um evento atípico de localidade, a importância do conhecimento da sociedade em prestar os primeiros socorros, reduziria o índice de mortalidade devido à conduta correta perante a emergência (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Aproximadamente metade dos óbitos ocasionados por DCV são causadas pela cessação súbita das funções do coração. A incidência de morte cardíaca súbita é perto do cinquenta e cinco por cem mil habitantes nos Estados Unidos, representando

um percentual considerável de morte por ano e grave problema de saúde pública. Menos de 15% das PCR ocorridas fora do hospital estão relacionadas a trauma, sendo maioria provocadas por doenças cardiovasculares (DUARTE; FONSECA, 2010).

A PCR é a cessação súbita da atividade cardíaca, pode alterar essa situação clínica, por manobras de reanimação, fármacos e oxigênio. Sem obter sucesso gera complicações sistêmicas podendo levar a óbito. Segundo pesquisas há redução de morte em vítimas de PCR que foram abordadas por voluntários e prestaram cuidados de maneira eficiente (MOURA; SILVA *et al.*, 2012).

O socorro prestado à vítima de PCR deve ser realizado com eficiência, vigor, de forma segura e com tranquilidade. Sendo que, o que observa é que o atendimento não apresenta organização de maneira adequada na maioria das vezes. Desperdiçando tempo que seria crucial na sobrevivência e atendimento da vítima, podendo ser realizado por profissionais e leigos (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012; ALMEIDA, 2011).

O atendimento à parada PCR divide-se em suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAVC) que especifica em ambiente hospitalar e que compõem técnicas de sequência primordial como: compressões torácicas, abertura de vias aéreas, drogas, respiração artificial e desfibrilação (SISTON; VARGAS, 2007; ALVEZ; BARBOSA; FARIA, 2013).

Segundo dados de estudos realizados com pacientes cardiopatas, 70% a 80% das PCRs acontecem em suas próprias residências. Acima de 50% dos episódios são presenciados por estudantes, tendo em vista que os adolescentes têm grande capacidade de adquirir as técnicas de RCP, sendo um grupo-alvo competente para aprendizagem (THERMAN; GONZALEZ; RAMIRES, 2007; HALPERIN; CARRER, 2010; SILVA *et al.*, 2012).

A Taquicardia Ventricular (TV) e FV são percussoras de alto índice de morte súbita e tem como forma terapêutica manobras de RCP. Portanto, essa conduta quando administrada como único tratamento é incerto de suprir a arritmia e reestabelecer a perfusão tecidual. Função dada a uma condição de tratamento elétrico, a desfibrilação (ZORZELA; GARRPS; DE CAEN, 2007; JACQUET, 2008).

Segundo Boaventura (2010) e Soares – Oliveira (2014), o Desfibrilador Externo Automático (DEA) é apto de retroceder a FV para uma circulação natural, não necessita de conhecimento de traçado eletrocardiográfico, significando que é de fácil manuseio e aconselhado para desprovidos de conhecimento e profissionais de saúde, desde que sejam devidamente capacitados. Nos primeiros cinco minutos, a conduta primordial é a desfibrilação. Sendo o DEA o mais indicado para o momento. Em estudos de sociedade americana, o manuseio do DEA por socorristas sem experiência propiciou índices de sobrevivência excepcional, de até 49%.

O aparelho mecânico autopulse é utilizado pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. Refere-se a um pistão que quando acionado por corrente elétrica realiza compressão e descompressão torácica. O dispositivo é acoplado a uma prancha e

fica localizado sobre o peito/tórax da vítima, mantendo RCP's contínuas. Sendo que aguarda estudos para determinar a utilidade clínica dos dispositivos (VARGAS *et al.*, 2012).

Alguns estados no Brasil possuem legislação específica para o uso do DEA. Segundo a lei de número 3.585 de doze de abril de 2005, no Distrito Federal. Dispõem sobre a manutenção e obrigatoriedade de possuir o aparelho chocável. Vale ressaltar que em ambientes de grande circulação por dia há uma necessidade de no mínimo trinta por cento dos funcionários capacitados com cursos de SBV (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

A instrução é um processo de formação que é necessário se disponibilizar, dar continuidade e dedicação. Sendo necessária uma instrução e treinamento de primeiros socorros ainda na adolescência. O profissional deve educar a partir de seus conhecimentos e compartilhar para seus próprios alunos (ANDRAUS *et al.*, 2005; SARDO; SASSO, 2008).

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar as tendências atuais na literatura sobre o conhecimento em parada cardiorrespiratória por estudantes técnicos de enfermagem e enfermeiros.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever se existe declínio do conhecimento dos participantes das pesquisas frente a PCR com tempo decorrido após treinamento.

Avaliar a relação entre o conhecimento e a maneira correta e primordial para reconhecer uma PCR.

3 | MÉTODO

O método utilizado o estudo foi a revisão integrativa de literatura (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), na qual foram seguidas as seis etapas: a primeira etapa foi a definição da questão norteadora da pesquisa; na segunda etapa, foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão; na terceira etapa, foram eleitas as bases de dados e realizada a busca das produções científicas; na quarta etapa, foi realizada a análise dos quatro dados; na quinta etapa, foi desenvolvida a discussão dos dados; e na sexta etapa, foi apresentada a síntese da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Teve-se como questão norteadora do estudo: quais são as evidências científicas

atuais do conhecimento em parada cardiorrespiratória por estudantes do ciclo básico de enfermagem e enfermeiros no Brasil e no Mundo?

Os critérios de inclusão nesta pesquisa foram: artigos científicos completos e disponíveis gratuitamente online, produções nacionais e internacionais, todos publicados no idioma português, inglês ou espanhol. O espaço temporal delimitado foram os anos de 2013 a 2017. Foram excluídas teses, dissertações, monografias e artigos, os quais, após a leitura dos resumos, não convergiam com o objeto de estudo proposto, além das publicações indexadas duplamente.

A busca foi realizada por dois revisores, garantindo rigor ao processo de seleção dos artigos na base de dados LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e nas bibliotecas SCIELO - Scientific Electronic Library Online e BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Para a análise dos artigos, 13 produções científicas atenderam aos critérios de inclusão. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “parada cardíaca” [and] “estudantes” [and] “reanimação cardiopulmonar” [and] “capacitação”.

A análise constitui-se pela leitura dos 13 artigos selecionados. Posteriormente buscou-se descobrir os núcleos de sentido que compõem o corpus do estudo, preocupando-se com a frequência desses núcleos.

4 | RESULTADOS

O estudo realizado está baseado em artigos no qual foram realizados treinamentos e avaliações no qual teve a participação de enfermeiros e estudantes do primeiro ano em enfermagem que não tiveram contato com assunto acerca da parada cardiorrespiratória. Verificou-se a visão dos autores sobre a importância do conhecimento de primeiros socorros em ambiente pré-hospitalar.

A tabela 1 detalha a quantidade de artigos encontrados, pré-selecionados, descartados e artigos selecionados e analisados para esta revisão.

Bases de Dados	Encontrados	Pré-selecionados	Excluídos	Analizados
Scielo	12	4	8	4
Bireme	5	2	3	2
LILACS	25	7	18	7
Total	42	10	33	13

Tabela 1- Distribuição dos artigos encontrados e selecionados por base de dados.

Fonte: o autor, 2018.

Vale ressaltar que o idioma predominante de pesquisas foi o Português, com nove publicações (69,23%), e cinco publicações (30,76%) no idioma inglês.

Quanto ao delineamento dos estudos selecionados de pesquisa, a amostra apresenta 13 estudos com maioria de abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva e em seguida, de caráter e abordagem quanti-qualitativa, transversal analítico e descritivo, transversal exploratório descritivo e revisão integrativa da literatura de natureza descritiva documental.

Dos 42 artigos publicados e encontrados sobre o assunto em questão, percebeu-se que somente 13 mencionavam sobre treinamentos em graduandos e profissionais da saúde sobre SBV em universidades, escolas e hospitais.

As pesquisas em maioria, foram realizados em hospitais (38,46%) em seguida de escolas (30,76%) e universidades (30,76%).

O público alvo relatado nas pesquisas compunha-se de estudantes de curso de saúde geral (7,69%), acadêmicos em enfermagem do ciclo básico (7,69%), enfermeiros e técnicos em enfermagem (46.15%) e estudantes de diversos cursos (38,46%).

Dois artigos relataram que o gênero predominante foi o feminino mostrando que o percentual de estudantes que participaram da pesquisa foram 34 divididos por gênero, no qual houve 79,4%(27) mulheres e 20,65%(7) homens. Em outro estudo de 96 entrevistados 34,38,0 %(33) do sexo masculino e 62,50,0%(60) do sexo feminino. (SALDANHA; GONZALEZ; FERREIRA, 2016; FERNANDES et al.,2014).

Autores	Local de Pesquisa	Público Alvo	Instrumento Pedagógico	Amostra
BRIÃO, 2017	Universidade	Estudantes de curso da saúde	Treinamento de SBV.	238
BARBOSA et al., 2018	Hospital	Enfermeiros	Treinamento de SBV e questionários.	22
PEREIRA et al., 2015.	Hospital	Enfermeiros	Entrevista e Questionários	14
SALDANHA; GONZALEZ; FERREIRA 2016	Universidade	Acadêmicos em enfermagem	Entrevista e Questionários	48
MEIRA et al., 2016	Universidade	Enfermeiros	Treinamento de SBV e Questionários	32
LUKAS et al., 2016	Escola	Estudantes	Treinamento de SBV grupal	261
FERNANDES et al., 2014	Escola	Estudantes	Treinamento de SBV e questionários	60
ALVES et al., 2017	Escola	Estudantes	Treinamento de SBV grupal	665
DIXE; GOMES, 2015	Universidade	Estudantes	Questionários	83

RAJAN et al., 2016	Hospital	Enfermeiros e Técnico de enfermagem	Entrevista e Questionários	119
LIMA et al., 2017	Escola	Estudantes	Treinamento de SBV	30
YANG et al., 2015	Hospital	Enfermeiros	Questionários	401
RINGH, 2015	Hospital e escolas	Enfermeiros e Técnico de enfermagem	Treinamento	2888

Tabela 2- Características dos artigos em relação ao local de realização de pesquisas, público alvo, instrumento pedagógico e amostra.

Fonte: O autor, 2019.

O principal de uma abordagem efetiva e de sucesso é reconhecer corretamente uma vítima em PCR. O estudo realizado com profissionais da área da saúde demonstrou um déficit e ainda dificuldades para prestar um atendimento de emergência à vítima de PCR, segundo o autor o principal problema seria o desespero por parte da equipe durante a situação (PEREIRA *et al.*,2015; MEIRA *et al.*,2016)

Do material analisado durante o estudo, 80% revelaram que os critérios essenciais para uma abordagem efetiva na PCR são: identificar corretamente a vítima em PCR; solicitar ajuda em caso de ausência de pulso; realizar RCP de maneira efetiva e eficaz e solicitar o DEA e utiliza-lo de maneira correta (GONZALEZ *et al.*,2016; LUKAS *et al.*, 2016; RAJAN, *et al.*, 2016).

Percebe-se que os critérios não são condutas de difícil experiência e não estão focados na atribuição de somente um profissional de saúde realizar e sim qualquer cidadão devidamente treinado. Porém, o cidadão deve manter-se atualizado e principalmente aprovado em instituições que realizam os cursos e treinamento para não colocar ainda mais em risco a vítima.

Esses critérios direcionam a uma abordagem inicial efetiva se realizado de maneira correta se o socorrista é devidamente treinado e 100% dos artigos selecionados enfatizam a importância do treinamento para leigos e educação continuada para profissionais treinados.

Notou-se que apresentaram déficit e dificuldades no conhecimento e na abordagem com vítimas de PCR em estudos com profissionais da saúde (40%) e com acadêmicos em enfermagem (20%) tiveram controle emocional abalado perante a situação e abordagem.

Os estudos com estudantes de enfermagem (20%) foram evidenciados melhora na segurança em abordar uma vítima de PCR. Estudantes relataram ter receio e medo em abordar ou iniciativa de iniciar as compressões antes do treinamento.

O estudante ou qualquer membro da sociedade pode um dia presenciar uma situação de emergência em situação de PCR. Segundo questionários com questões

dizendo sobre como identificar uma vítima de PCR grande maioria tinha uma pequena noção de identificar, mas não uma certeza de identificar de uma maneira correta impossibilitando uma avaliação eficaz (AABERG *et al.*, 2016)

Capacitação e treinamentos são eficazes, maximizando o sucesso em uma abordagem em reconhecimento de uma PCR (GONZALEZ *et al.*, 2016). Treinamento realizado com crianças de seis anos teve sucesso no aprendizado de abordar ou reconhecer uma PCR e a realização de manobras cardíacas (LUKAS *et al.*, 2016).

5 | DISCUSSÃO

Mesmo com a grande parte da população ser leiga referente a este assunto, pode-se observar que o graduando ainda consegue ver realmente a vítima que se encontra em uma PCR e saber intervir e realizar as compressões torácicas. Comparando o estudo de Brião (2017), com essa afirmação, alunos tiveram uma produtividade maior acerca do tema devido ao tempo de treinamento com maior carga horária. Porém, ainda existe uma deficiência em como reagir ao encontrar uma vítima inconsciente no chão (ALVES; FERREIRA; SOARES, 2017). Entretanto, segundo pesquisas abordadas no trabalho, com um treinamento específico houve um aproveitamento de 100% na abordagem como checar a pessoa que se encontra em parada cardíaca e quanto ao DEA aproximadamente 90%, mesmo não sendo um equipamento que não é comumente utilizado; a maioria dos estudantes tinha uma noção da função do aparelho devido a sua facilidade de manuseio (GONZALEZ *et al.*, 2016; LUKAS *et al.*, 2016; RAJAN, *et al.*, 2016).

É fundamental que o socorrista seja dotado de conhecimento a respeito de reanimação cardiopulmonar para verificar se a vítima está em PCR e iniciar compressões torácicas de forma eficaz até que o socorro especializado chegue para dar continuidade ao suporte a vítima. Porém, por se tratar de ambiente extra-hospitalar é quase incerto que uma pessoa qualificada estará presente para dar o suporte necessário (RAJAN, *et al.*, 2016; MEIRA *et al.*, 2016).

O treinamento é simples onde o leigo é treinado em dois dias. Há uma necessidade de treinamentos em empresas ou escolas, mas notamos que o assunto é pouco abordado e consequentemente desqualificando ainda mais uma abordagem efetiva em casos de vítimas.

A PCR é uma situação de emergência e ser abordada em ambiente pré-hospitalar requer calma e paciência sendo que as chances de um leigo abordar a situação são altas. Segundo dados 95% das vítimas de PCR em ambiente pré-hospitalar vão a óbito antes de ingressarem em unidade hospitalar devida à demora e ausência de socorro imediata (CANOVA *et al.*, 2015)

Profissionais da área da saúde como enfermeiros e técnicos em enfermagem que não abordam PCR diariamente hesitam em identificar uma vítima em PCR e iniciar

compressões de forma segura.

Ainda é notado um déficit de conhecimento sobre PCR quando o tema é abordado em ambiente extra hospitalar. No Brasil, o treinamento de primeiros socorros ou SBV tem baixa adesão por parte de escolas e empresas, sendo que quando o indivíduo é treinado adequadamente é certo as chances de sobrevida e de uma melhor abordagem com a vítima (SALDANHA; GONZALEZ; FERREIRA, 2016).

Há um desfalque nas instituições públicas e privadas o que concerne ao tema estudado, percebe-se que não é investido em treinamentos de urgência e emergência para adolescentes, sendo que iniciando esse treinamento quanto o mais precoce, consequentemente melhorar o índice de sobrevida de vítimas de parada cardiorrespiratória, terá menos sequela e será gasto menos em assistência crítica, tendo menos impacto econômico na saúde e na produtividade do brasileiro.

As intercorrências pré-hospitalares como a PCR, será ocorrida em residências, avenidas ou qualquer outro ambiente e é certo que será presenciada por leigos que o melhor seria iniciar a RCP de imediato para chances e qualidade da sobrevida. As diretrizes reforçam a necessidade de melhorias de treinamento para leigos (DIXE; GOMES, 2015).

Sabemos que não é um treinamento difícil, basta ter profissional da saúde habilitado e equipamento/material para treinar os estudantes em toda sua vida escolar, esses estudantes em alguns momentos presenciam mais a Parada Cardiorrespiratória (PCR). Entretanto, ao chegar em sua vida acadêmica independente do curso, o graduando vai estar preparado para atender uma vítima em PCR em qualquer ambiente.

Segundo Alves (2017) e Lima (2017), participantes do treinamento em SBV, demonstraram interesse em realizar o treinamento por nunca ter tido um treinamento sobre atendimento pré-hospitalar como a maneira simples de ligar para serviço de urgência móvel de maneira clara e correta.

Pagel, Campos e Batitucci (2015), reforçam que o ensino e práticas simuladas podem ajudar na abordagem, pró atividade e no desenvolvimento, além de permitir que os leigos aprendam como abordar uma PCR.

Segundo Yang (2015), há necessidade de educação continuada tanto em ambiente pré-hospitalar quanto em ambiente hospitalar após realizar estudo sobre déficit de conhecimento em abordagem de vítimas em PCR.

É notório que um treinamento apenas durante todo o ciclo de vida não é necessário. O treinamento é de necessidade contínua e de necessidade para uma melhor exploração de conhecimento e inovações em abordagem eficaz em ambiente pré-hospitalar.

A capital da Suécia desenvolveu um programa de celular que por via mensagem informa se tem algum indivíduo treinado em SBV por perto. Facilitando o atendimento e inovando e incentivando a população buscar conhecimento (RINGH *et al.*, 2015)

A importância de treinamentos e educação continuada repercutiu um estudo sobre realização de RCP que houve um déficit de pessoas que já tinham realizado um

treinamento, mas que há muito tempo não mencionava mais no assunto por não ter tido treinamentos anuais (HIROSE *et al.*, 2014; SUSHMA *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2018)

As habilidades de como se portar diante uma vítima de PCR, controle emocional, Técnicas de RCP e até a solicitação de ajuda podem decair após três meses de treinamento (RING *et al.*, 2015; PANDE *et al.*, 2014).

O Indivíduo devidamente treinado e até mesmo um profissional de saúde que não tem práticas diárias com situações de emergências, tende a abalar o emocional no momento da intercorrência. Sendo necessário calma, segurança e conhecer técnicas de reanimação para abordagem eficaz e contato com serviço e emergência médica via telefone.

É comprovado que após treinamento de curto ou médio prazo, crianças são aptas para diagnosticar uma vítima em PCR, como demonstrou o estudo realizado com crianças de seis anos que tiveram sucesso na abordagem e nas compressões torácicas durante uma RCP (LUKAS *et al.*, 2016).

O Brasil no ano de 2013 possui aproximadamente 23 milhões de crianças e jovens entre 10 a 18 anos de idade que fazem parte do ambiente de ensino escolar, que seria um local favorável para treinamentos de primeiros socorros (FERNANDES *et al.*, 2014).

Consideramos que situações de PCR são atípicas e muita das vezes raras de presenciar em ambientes fora de instituições de saúde. Porém, são situações imprevisíveis de problemática súbita tendo necessidade de preparo educacional precoce sobre o assunto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCV lideram causas de óbito mundial. O ambiente pré-hospitalar é propício e as chances de uma pessoa desqualificada estar presente durante uma PCR são altas. Um atendimento rápido e eficaz aumenta a sobrevida da vítima quando o socorrista é antecipadamente preparado (PINASCO *et al.*, 2015).

Infelizmente não é comum ver propagandas sobre PCR em redes sociais ou até mesmo campanha do governo sobre o tema ou até mesmo matérias escolares sobre urgência e emergência. São conhecimentos adquiridos se o indivíduo quiser buscar por meios próprios ou se ingressar em um curso da área da saúde.

Em estudos, o nível de escolaridade e a idade influenciou satisfatoriamente na realização de RCP. Acredita-se que pela idade e maior interesse em abordar um assunto que não é comum para jovens (PAPALEXOPOULOU *et al.*, 2014).

Após a intervenção de análises dos estudos constatou que houve um aumento nos estudos sobre o conhecimento em abordagem em vítimas PCR e notou a importância não só do treinamento, mas também na manutenção desse treinamento. Uma possível ideia de treinamentos semestrais ou anuais para melhor êxito em abordagem em ambiente pré-hospitalar.

6 | CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram grande importância o reconhecimento e intervenção precoce, pois, a sobrevida do paciente diminui consideravelmente a cada segundo perdido, sendo que a maioria dos casos é presenciado por um jovem ou adolescente como observamos durante a pesquisa. Reconhecendo o ambiente escolar como um local propício para o ensino e aprendizado dos leigos visando um estudo e treinamento sobre PCR e consequentemente favorecer as chances de sobrevida das vítimas e ainda diminuir as sequelas aumentando a qualidade de vida de todo um meio social de habitantes.

Alguns dados verificados nos artigos analisados demonstraram que o desempenho dos estudantes e profissionais de saúde e enfermeiros fora mais baixo antes do treinamento, mudanças significativas foram observadas após a administração do conteúdo, revisões e treinamentos. Os resultados reforçam a literatura, mostrando a necessidade de uma atenção com o ensino do estudante sobre SBV. O avanço relativo ao treinamento de primeiros socorros exige uma contínua capacitação de equipes de área de saúde para ministrar treinamentos para população focando em áreas como: escolas, empresas, shopping centers e outros estabelecimentos.

Sabe-se que as instituições existentes têm o foco mais nos profissionais e a população fica a subjugada na ignorância do atendimento a PCR

Portanto, observou a importância não só do treinamento e sim da manutenção desse conhecimento. Destacou a educação continuada para evitar deterioração do conteúdo ministrado em treinamentos visando uma melhor abordagem do leigo durante uma PCR.

REFERÊNCIAS

- AABERG, A.M.R. et al. Basic life support knowledge, self-reported skills and fears in Danish high school students and effect of a single 45-min training session run by junior doctors; a prospective cohort study. *Scand J Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, S.I., v.22, n. 24, 2014.
- ALMEIDA. A. O; et al. Conhecimento teórico do enfermeiro sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2). 261-268p.
- ALVEZ. C. A; BARBOSA. C. N. S; FARIA. H. T. G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: O conhecimento acerca do suporte básico de vida. *Cogitare Enferm*. 2013 Abr/Jun; 18(2) 296-301p.
- ALVES, Pietro Pinheiro; FERREIRA, Marcelo de Assis; SOARES, Alex Wilker Alves. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NA ESCOLA: UMA AÇÃO DA LIGA ACADÉMICA DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS DO AMAZONAS (LAEC-AM). **Extensão em Revista**, [S.I.], v. 1, n. 1, p. 95-100, maio 2017. ISSN 2525-5347.
- ANDRAUS. S. M. L et al. Primeiros Socorros para criança: relato de experiência. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):220-5.
- BOAVENTURA. A. MIYADAHIRA. A. K. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. *Rev. Gaucha Enferm*. 2012

mar;33(1):191-4.

BOAVENTURA. P. A. Suporte básico de vida para os alunos do curso de graduação em enfermagem. J. Health Sci Inst. 2010;28(2):155-7.

BRIÃO, D. F. Treinamento em suporte básico de vida: conhecimento e atitude frente a uma parada cardiorrespiratória. 2017.

Bíblia Sagrada. Português. Edição Sociedade Bíblica do Brasil. 2^aEd, Revista e Atualizada. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1994; II Reis 4:32-35

CANOVA, et al. Campanhas públicas de ressuscitação cardiopulmonar: uma necessidade real. Revista da Sociedade de Cardiologia de Estado São Paulo, São Paulo, v. 11, n. 2, 512-518, 2015.

DIXE, M.A.C.R.; GOMES, J.C.R. Knowledge of the portuguese population on Basic Lif Support and availability to attend training. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.49, 640-649,2015.

DUARTE. R. N; FONCESA. A J; Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. Ver. Bras. Ter Intensiva. 2010;22(2):153-158.

EWY. A. G; KERN. B. K. Três fases da parada cardíaca. IN: TIMERMANN. S; GONZALEZ, M. M. C; RAMIREZ, J. A. F. Ressuscitação e emergência cardiovasculares do básico ao avançado Barueri: Manole, 2007. p. 60-69.

FERNANDES, José Maria Gonçalves et al . Ensino de Suporte Básico de Vida para Alunos de Escolas Pública e Privada do Ensino Médio. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 102, n. 6, p. 593-601, June 2014.

FILHO, N. M. F; et al. Avaliação do Conhecimento Geral de Médicos Emergencistas de Hospitais de Salvador – Bahia Sobre o Atendimento de Vítimas com parada cardiorrespiratória, Arq Bras Cardiol 2006; 87: 634-640.

GONZALEZ. M.M, TIMERMANN. S, GIANOTTO. O. R, POLANSTRI. T. F, CANESIN. M. F, SCHIMID. A, et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013 [cited 2017 Oct 18];101(2):1-221.

GONZALEZ, Maria Margarita et al. I guideline for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care-Brazilian Society of Cardiology: executive summary. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 100, n. 2, p. 105-113, 2016.

HALPERIN. H, CARVER. J. D. Mechanical CPR devices. Signa Vitae. 2010;5 (suppl): 69-73p.

HIROSE, T. et al. Effectiveness of a simplified cardiopulmonary resuscitation training program for the non-medical staff of a university hospital. Scand J Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, S.I., v. 22, n. 31, 2014.

JACQUET. P. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. Ver Inst Cienc. Saúde. 2008; 26(2): 183-90.

LIMA, Claudielle Alves de et al. INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NO ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO PARA MORADORES DA ZONA RURAL DE QUIXERAMOBIM. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, [S.I.], v. 2, n. 2, jun. 2017. ISSN 2448-1203

LUKAS, R. P; VAN, A, H; MOLHOFF, T; WEBER, T; RAMMERT, M; WILD, E; BOHN, A. Kids save

lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitation: Who should do the teaching and will the effects last?. *Resuscitation*, 2016. 101, 35-40.

MEIRA JÚNIOR, Luiz Ernani et al. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.I.], v. 11, n. 38, p. 1-10, dez. 2016. ISSN 2179-7994.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm*. 2008;17(4).

MIYADAHIRA. K. M. A et al. Ressuscitação cardiopulmonar com utilização do desfibrilador externo semiautomático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. *Ver. Esc. Enferm. USP*. 2008, vol. 42, n 3, 532-538p.

MOURA, L. T. R; LACERDA L.C.A; GONÇALVES D.D.S; ANDRADE, R.B; OLIVEIRA. Y.R. Assistência ao paciente em parada Cardiorrespiratória em Unidade de Terapia Intensiva. *Ver Rene*. 2012; 13(2):419-27.

PAGEL, U.R.; CAMPOS, L.M.; BATITUCCI, M.C.P. Metodologias e práticas docentes: uma reflexão acerca da contribuição das aulas práticas no processo de ensino-aprendizagem de biologia. *Experiências em Ensino de Ciências*, v.10, n.2, p.14-25, 2015.

PANDE, S. et al. Evaluation of retention of knowledge and skills imparted to first-year medical students through basic life support training. *Advan in Physiol Edu*, S.I., v. 38, 42-45, 2014.

PAPALEXOPOULOU, K. et al. Education and age affect skill acquisition and retention in lay rescuers after a European Resuscitation Council CPR/AED course. *Heart & Lung*, S.I., v. 43, 66-71, 2014.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e prática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v 59, n3, p. 321-326. Fortaleza, 2013.

PEREIRA, N.S.L. Basic life support: the essentials. In: TIMERMAN, S.; RAMIRES, J.A.F.; BARBOSA, J.L.V., HARGREAVES, L.H.H. Suporte básico e avançado de vida em emergências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015.

PINASCO GC, SILVA JP, ALMEIDA CDA, SILVA VR, ARRUDA BF, LOPES BP, et al. Associação entre consumo alimentar de risco cardiovascular e aumento de circunferência abdominal em adolescentes. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 20];25(3):319-24. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300011&script=sci_arttext&tlang=pt

RAJAN, S. et al. Association of bystander cardiopulmonary resuscitation and survival according to ambulance response-times after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*, Dallas, v.134, 2095-2104, 2016.

RIBEIRO. L. G; et al. ESTUDANTES DE Medicina Ensinam Ressuscitação cardiopulmonar a alunos do fundamental. *Arq. Bras. Cardiol*. 2013. 101(4). 328-335p.

RINGH, M. et al. Mobile-phone dispatch of laypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*, S.I., v.372, 2316-25, 2015.

ROTH, Gregory A. et al. Fatores demográficos e epidemiológicos da mortalidade cardiovascular global *New England Journal of Medicine* , v. 372, n. 14, p. 1333-1341, 2015.

SALDANHA, N A H; GONZALEZ, C; FERREIRA, N. The understanding of nursing graduating students about their role in cardiorespiratory arrest assistance. *Journal of Nursing UFPE on line*, [S.I.], v. 10, n. 6, p. 2038-2042, apr. 2016. ISSN 1981-8963.

SARDO. G. M. P, SASSO. D. M.T G. Aprendizagem baseada em problemas em ressuscitação cardiopulmonar: suporte básico de vida. Ver. Esc. Enferm USP. 2008; 42(4): 784-92p.

SILVA. P. O; et al. Os alunos do ensino Médio e o conhecimento sobre o suporte básico de vida. Ver Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp.1) 621-4.

SISTON. A. N: VARGAS. L. A. O enfermeiro na escola: práticas educativas na promoção da saúde de escolares. Enfermeria Global. 2007. 11. 1-14p.

SOARES-OLIVEIRA, M.; RAMOS, R. Implementação do Programa Nacional de Desfibrilação Automática Externa em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia, Lisboa, v. 33, n. 6, 323-328, 2014.

SUSHMA, P. et al. Evaluation of retention of knowledge and skills imparted to first-year medical students through basic life support training. Advances in Physiology Education, v. 38, n.1, 42- 45, 2014. Disponível em:< <http://advan.physiology.org/content/38/1/42> > .

TIMERMAN. A; Uma breve história de ressuscitação cardiopulmonar. Ver Bras Clin Med. 2009.7:177-187p.

TIMERMAN. S; GONZALEZ, M.M.C.; RAMIRES, J.A.F. Ressuscitação e emergência cardiovasculares do básico ao avançado. Barueri: Manole, 2007.

VARGAS. T. T et al. Experiencia Inicial com o Uso do Autopulse em Sala de Hemocinâmica. Ver. Bras Cardiol Invasiva. 2012;20(2):204-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization, 2016.

YANG, H. J. et al. Epidemiology and outcomes in out-of-hospital cardiac arrest: a report from the NEDIS-Based Cardiac Arrest Registry in Korea. J Korean Med Sci, S.I., v. 30, 95-103, 2015.

ZANINI. J, NASCIMENTO. P. R. E, BARRA. C. C. D. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006; 18:2: 143-147p.

ZORZELA. L, GARRPS D, DE CAEN AR. The new guidelines for cardiopulmonary resuscitation: a critical analysis. J Pediatr (Rio J). 2007;83(2 Suppl): S64-70. Doi 10.2223/ JPED. 1618.

O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE A DOENÇA CORONARIANA

Bruna da Silva Oliveira

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

Marli Villela Mamede

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São
Paulo.

Líscia Divana Carvalho Silva

Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
Maranhão.

RESUMO: O desconhecimento sobre a doença coronariana propicia baixo nível de percepção de risco na sociedade em geral, nos profissionais e, especialmente, na mulher, o que pode dificultar o reconhecimento da sintomatologia, diagnóstico e tratamento adequados. Objetivou-se descrever o conhecimento das mulheres sobre a doença coronariana. As mulheres apresentaram dificuldades em definir a doença coronariana, algumas limitaram-se a quantificar somente os episódios de infarto do miocárdio, porém apresentaram certo conhecimento quanto ao mecanismo de causa da doença. A dor foi a sintomatologia mais frequente. As mulheres relataram preocupação em seguir a terapêutica recomendada e percebem a dimensão e a seriedade do tratamento, principalmente da cirurgia de revascularização do miocárdio que envolve riscos. Ressalta-se, o papel importante do profissional de saúde para

o restabelecimento da sua saúde e o alcance de uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento. Mulheres. Doença das coronárias.

ABSTRACT: Ignorance about the coronary heart disease provides low level of risk perception in society in General, in the pros and, especially, in women, which can hinder the recognition of symptoms, diagnosis and appropriate treatment. The objective of describing the knowledge of women about the coronary heart disease. The women presented difficulties in defining the coronary heart disease, some were limited to quantify only the episodes of myocardial infarction, but showed certain knowledge about the mechanism of cause of disease. The pain was the most frequent symptoms. The women reported concern in following recommended therapy and realize the size and seriousness of the treatment, especially of myocardial revascularization surgery that involves risks. It should be noted, the important role of the health professional for the restoration of your health and achieve a better quality of life.

KEYWORDS: Women. Knowledge. Coronary disease.

1 | INTRODUÇÃO

As pesquisas mundiais sugerem que o sexo feminino constitui, por si só, um preditor independente de morbimortalidade para doenças cardíacas. As previsões apontam que para o ano 2050, a mortalidade por doença coronariana, especialmente o infarto do miocárdio será aproximadamente 30% maior em mulheres do que em homens (ALFONSO; BERMEJO; SEGOVIA, 2006; SANCHO CANTUS, SOLANO RUIZ, 2011). No Brasil, os estudos sobre a doença coronariana são ainda incipientes e a magnitude do problema relacionado ao sexo feminino continua sendo subestimada, mesmo quando os dados estatísticos mostram que ela vem crescendo. O conhecimento das mulheres sobre a doença é bastante limitado, e esse desconhecimento propicia baixo nível de percepção de risco na sociedade em geral, e na mulher, em particular (HERAS, 2006).

As mulheres portadoras de doença coronariana têm o hábito de referir sintomas prodromicos tais como enxaqueca, dores no ombro, fadiga e, são mais predispostas, a sintomas como dor no braço, mandíbula e dentes. A frequência da dor nas costas é o dobro entre as mulheres em relação aos homens; estima-se que apenas 18% das mulheres sabem reconhecer um infarto, em comparação a 30% dos homens. Outra particularidade do sexo feminino está no fato de que estas apresentam maior prevalência de infartos silenciosos que os homens, depois dos 55 anos, além de apresentarem a insuficiência cardíaca como primeiro sinal do infarto. Os sintomas atípicos que acometem muitas mulheres diferem da apresentação clássica da doença no homem e, por isso, acabam sendo mais complexos de se detectar em tempo. Este constitui um dos principais problemas relacionados ao tratamento da doença, pois a demora no intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a busca por assistência a saúde pode acabar sendo crucial, uma vez que a redução na mortalidade após um infarto está diretamente associada a uma intervenção precoce (SANCHO CANTUS; SOLANO RUIZ, 2011).

Sabe-se que o tratamento da doença coronariana comprehende um conjunto de estratégias como a terapêutica farmacológica e não farmacológica, intervencionista e a instituição de mudanças do estilo de vida. Na terapêutica farmacológica destacam-se os anti-agregantes plaquetários, anticoagulantes, heparina, nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio, hipolipemiantes, inibidores da enzima conversora de angiotensina e os betabloqueadores, que visam de diferentes formas, a redução de novos eventos coronarianos. A terapêutica intervencionista comprehende a angioplastia coronariana transluminal percutânea e a cirurgia de revascularização do miocárdio. Os principais objetivos do tratamento incluem a prevenção do infarto do miocárdio, redução da mortalidade e dos sintomas e uma melhor qualidade de vida. Em relação às mudanças no estilo de vida, a manifestação da doença vem acompanhada de uma série de restrições e readaptações à vida pessoal, como as físicas, psicológicas, sociais, culturais, dentre outras, levando a novos estilos de vida (MANSUR *et al.*, 2004)..

Muitas vezes as mulheres têm um acesso ineficaz à terapêutica recomendada para a doença coronariana. Além disso, os desfechos hospitalares mais trágicos, como a morte, o reinfarto, a insuficiência cardíaca, o acidente cerebrovascular e as hemorragias são mais recorrentes entre a população feminina. Mesmo com todos esses fatores adversos, as mulheres têm um acesso menos frequente aos profissionais da cardiologia, fazendo com que estas estejam à mercê de um atendimento mais deficiente. De fato, a percepção da dimensão e da gravidade da doença coronariana tem sido um problema na sociedade, não só para as mulheres, mas também para os profissionais de saúde que as atendem e, sobretudo, para os meios de comunicação (ALFONSO; BERMEJO; SEGOVIA, 2006).

Diante das particularidades da apresentação da doença coronariana na mulher, percebe-se que podem existir dificuldades por parte dos profissionais de saúde em alcançar um diagnóstico e tratar essa clientela, bem como uma maior confusão no julgamento dos sintomas, principalmente porque a dor no peito pode não estar relacionada à doença coronariana, mas à vasoespasmo com ausência de lesão coronariana, o que torna a dor um preditor menos fidedigno nesse grupo. (RINCÓN *et al.*, 2007; SANCHO CANTUS; SOLANO RUIZ, 2011). O conhecimento sobre os aspectos fisiológicos e emocionais relacionados à doença a coronariana entre as mulheres necessita de uma melhor compreensão. Considera-se oportuno investigar o que as mulheres conhecem sobre a doença coronariana, como sentem, percebem e descrevem os seus sintomas e tratamento.

2 | OBJETIVO

- Descrever o conhecimento das mulheres sobre a doença coronariana.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUUFMA) que faz parte de uma pesquisa maior intitulada: “*Mulher climatérica e doença arterial coronariana: desvelando sentidos e significados*”, que foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Ribeirão Preto- Universidade São Paulo sob o número 293.900.

O HUUUFMA é uma instituição pública federal da cidade de São Luís – MA, de assistência terciária e de referência para o Estado do Maranhão para os procedimentos de alta complexidade em cardiologia. Este possui duas grandes unidades hospitalares, Presidente Dutra e Materno Infantil (UFMA, 2010). A população foi constituída por mulheres com diagnóstico médico de doença coronariana confirmada por arteriografia coronária. Os critérios de exclusão foram mulheres com distúrbios na fala e distúrbios

mentais. Esclareceu-se a necessidade da utilização de gravador, solicitando-se o consentimento das mesmas. Todas as mulheres se dispuseram a ser entrevistadas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a abril de 2014. Foram entrevistadas 15 mulheres. Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecimento da doença coronariana

Apesar das mulheres participantes reconhecerem que sofreram um infarto, apresentaram dificuldades em compreendê-lo no que tange ao conceito, algumas limitaram-se a quantificar somente os episódios de infarto, mas não conseguiram defini-lo, como se segue:

“[...] já dei três infartos, eu ficava sem saber do mundo, apagada...” – M8

“[...] já tive dois infartos ano passado né?...” – M1

“Olha, foi um infarto, eu sofri um infarto de repente...sei que é problema no coração, que paralisou.,” – M3

“[...] corre o risco, como falou ainda agora, de um infarto, e pode um dia ser fatal” – M10

“[...] tem muitas gente que às vezes também tem um infarto operada, e as vezes de um infarto, morre...” – M12

O conhecimento e a compreensão desses aspectos relacionados à saúde por parte da população em geral é de suma importância no que se refere à qualidade de vida (OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013).

O desconhecimento sobre a doença coronariana, especialmente sobre o episódio de infarto, reflete a necessidade de desenvolvimento de estratégias que visem orientações sobre a doença, os fatores de risco, a manifestação dos sintomas, dentre outros. As mulheres referiram ter sido informadas sobre a doença pelo profissional médico e por familiares, com se segue:

“[...] Ele (o médico) disse que era um infarto...” – M7

“[...] eu vim fazer o risco cirúrgico aqui, foi que deu problema de coração, que eu já tinha tido infarto, e eu conversando com o médico, ele disse que o infarto foi isso que eu tive em 2006” – M10

“Tive (infarto)... eu sei porque as meninas (filhas) me disseram agora, depois de muito tempo... que eu tinha tido um infarto...” - M11

O papel da educação na doença coronariana é de grande relevância no sentido de facilitar a incorporação de comportamentos mais saudáveis, e essa questão deve ser priorizada por parte da equipe de saúde (GHISI *et al.*, 2013). O desconhecimento sobre a doença pode estar relacionado não só a baixa escolaridade e a idade avançada, mas também a qualidade da consulta prestada. Acresce-se ao fato que em sendo um serviço público, o tempo parece bastante limitado para obtenção de explicações e esclarecimentos, o que pode influenciar na qualidade das informações recebidas. Em estudo acerca do cuidado interdisciplinar junto aos usuários dos serviços de saúde, destaca-se que é possível que as mulheres tenham acesso a algum tipo de orientação, porém alguns fatores podem interferir nessa abordagem como a falta de lembrança ou a não valorização de algo recomendado pela equipe de saúde (GAMA *et al.*, 2012).

Os esforços em conscientizar e educar as mulheres brasileiras quanto às doenças cardíacas ainda são muito tímidos. É de suma importância o entendimento de que as mulheres cardiopatas requerem cuidados multidisciplinares, incluindo orientações médicas e de enfermagem, nutricionais e psicológicas, além da educação permanente, o que constitui um grande desafio para a sociedade, e em especial às mulheres portadoras de doença coronariana (CHAGAS; DOURADO; DOURADO, 2014).

Existem várias crenças populares nas quais o coração está fortemente ligado às emoções e sentimentos, tanto positivos quanto negativos. Os sentimentos percebidos pelas pessoas com doença coronariana acarretam importantes implicações emocionais capazes de prejudicar a qualidade de vida das mesmas. Além disso, os fatores emocionais podem agravar o comprometimento geral do quadro da doença, afetando a vida em vários segmentos, dentre os quais o intelectual e o social. A resposta emocional é algo muito particular, e depende da personalidade de cada pessoa e de suas atitudes frente às implicações da doença. Há necessidade de uma especial atenção no caso das mulheres, pois estão mais propensas aos transtornos de humor, considerando que as doenças depressivas são as que mais atingem essa população a partir da maturidade. Dentre as queixas psicológicas podem-se citar a variação de humor, os esquecimentos, crises de choro, pânico, nervosismo e a ansiedade (FAVARATO, 2004; PRADO, 2009).

Outra questão que merece atenção é que os sintomas psicológicos podem ser confundidos com a presença da doença psiquiátrica, dificultando algumas vezes o diagnóstico da depressão na pessoa com doença coronariana. Dentre os sintomas que podem ser comuns às duas condições estão a falta de energia, a inapetência, a fadiga, a insônia e a dificuldade de concentração, requerendo, dessa forma, uma avaliação minuciosa por parte dos profissionais para que se possa diferenciá-las. A associação entre depressão e a doença coronariana também pode estar relacionada à progressão da aterosclerose, uma vez que pessoas com depressão parecem ter uma resposta plaquetária aumentada. (SERRANO JUNIOR *et al.*, 2012).

A depressão não ficou evidente nos relatos das mulheres nessa pesquisa, e nem foi referida como uma comorbidade por nenhuma delas, porém, o sentimento de tristeza esteve presente nos relatos, o que pode revelar uma maior vulnerabilidade diante das diversas dificuldades inerentes a condição da doença coronariana em suas vidas ao surgir de forma inesperada, ainda mais por ser tratar de uma doença do coração, órgão visto como sinônimo de vida:

"Ah é muito difícil, eu acho, eu nunca esperava, eu não me vejo com essa doença, sinceramente, acho muito difícil, acho que essa era a última coisa que eu poderia esperar na minha vida era uma doença do coração..." – M10

O sentimento de perda da saúde e do controle da vida devido à doença do coração pode levar a uma diminuição da capacidade de tomar atitudes e ações frente ao processo patológico. Além disso, a falta de conhecimento quanto à doença cardíaca e suas implicações, na maioria das vezes, desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo da invalidez e da solidão, além da predisposição maior à depressão e angústia. Por isso, orientações quanto à doença devem ser priorizadas com o objetivo de evitar tais sentimentos, mantendo a pessoa bem informada de forma a contribuir para a melhora do seu quadro clínico (NATIVIDADE, 2004; SCHNEIDER *et al.*, 2008).

Causas da doença arterial coronariana

Existe uma tendência à associação dos fatores de risco comportamentais às causas da doença coronariana, dentre os quais o estresse no dia-a-dia, a alimentação inadequada, o tabagismo e consumo excessivo de bebida alcoólica. Também podem existir crenças quanto às causas da doença coronariana relacionadas às comorbidades como o diabetes e as dislipidemias (GAMA *et al.*, 2012).

As mulheres, nessa pesquisa, referiram certo conhecimento quanto ao mecanismo de causa do infarto, utilizando-se de termos como “entupimento” para explicar a obstrução das artérias coronárias. Isso ficou claro nas seguintes falas:

"[...] o que ele (o médico) me explicou que uma parte do meu coração tá todo lesionado, e as duas artérias tá fechada, a principal tá fechada... eu tenho 100% entupida e o outro lado tá 62% entupida [...] aí deu a veia entupida, as duas veias entupidas..." – M1

"[...] ele (o médico) disse que eu tinha que vir acompanhada, porque eu tava com um problema sério, minhas veias, minhas artérias tinham umas entupindo, as outras tavam entupidas..." – M14

"[...] eles disseram, todos três médicos que disseram que meu problema é coração disseram que a veia tava entupida, disseram isso." – M12

A obstrução das artérias coronárias é ocasionada por placas ateroscleróticas, uma condição inflamatória que se forma lenta e progressivamente. Estas têm

origem multifatorial, dentre os quais o acúmulo de lipídios, elementos fibrosos e inflamatórios. Esse processo inflamatório endotelial pode ser resultante da interação de vários fatores como o aumento do colesterol, a hipertensão arterial, o tabagismo, o diabetes, dentre outros. A obstrução se dá pela instabilidade do ateroma, ocasionando manifestações agudas como angina instável e infarto, devido à diminuição da luz do vaso e a diminuição do suprimento sanguíneo para o músculo cardíaco (GOTTLIEB; BONARDI; MORIZUCHI, 2005).

Uma (01) mulher apresentou melhor grau de conhecimento relacionado à obstrução das coronárias, ao relatar sobre a diminuição do suprimento sanguíneo, impedindo o funcionamento adequado do coração:

“[...] porque eu acho que se entupiu ali o sangue não vai dá passagem pra que faça aquele bombeamento né, para o corpo...” – M4

Sabe-se que os fatores de risco para doença coronariana podem ser divididos em modificáveis como tabagismo, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, diabetes e o etilismo, bem como em não modificáveis, relacionados à idade, sexo e história familiar de doença coronariana. Chama-se atenção para o fato de que alguns deles são mais prejudiciais para a mulher, como os níveis elevados de colesterol, além do que o diabetes e a obesidade se mostram mais prevalentes na população feminina. O controle dos fatores modificáveis é de fundamental importância na prevenção primária de eventos cardiovasculares. Alguns pacientes associam os fatores de risco a causas emocionais, aos níveis de colesterol elevados, a alimentação rica em gordura, ao tabagismo, a hereditariedade e a presença de comorbidades, o que leva a assumirem uma modificação nos hábitos de vida (GARCIA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; PÜSCHEL, 2013; PAULA *et al.*, 2013).

Os sintomas

Os indivíduos acometidos por infarto apresentam conhecimento ineficaz a respeito dessa patologia e, consequentemente, apresentam dificuldades quanto à compreensão de sintomas que antecedem o período do infarto. É frequente que algumas pessoas associem a outros sintomas, principalmente aqueles mais inespecíficos, a outros problemas não relacionados ao coração (VILA; ROSSI; COSTA, 2008). É importante ressaltar que a dor, na doença coronariana, gera um sofrimento que pode ser referido de várias formas, tais como ansiedade, aflição, temor, desespero, etc. Assim, sentir dor é um sinal que pode representar uma ameaça às pessoas (LÚCIO, 2006; GARCIA *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2013).

A sintomatologia relatada pelas mulheres foi bastante ampla, sendo que as manifestações clínicas da doença coronariana mais citadas pelas mulheres foi a dor, caracterizada de diferentes formas e o cansaço, evidenciadas nas seguintes falas:

“[...] Eu senti só assim uma dor no peito, ficava doendo assim, aí tem dia que dá assim uma dor apertado, assim, apertando...” – M5

“[...] aí me deu uma dor assim, uma dor tão grande, parece que entrou aqui no meu peito uma faca de dois gumes, parece que foi me acabando tudo, aí eu dei um grito, aí pronto, eu não soube mais de nada ... agora mesmo eu tive uma crise muito séria, uma dor muito séria que me deu falta de ar...” – M3

“[...] Eu sentia, como eu lhe digo, era falta de ar, cansaço ... eu sentia aquela coisa, dolorido, minha pressão subia ... só sentia cansaço, doendo, aquela dor assim, como se diz, tão fina ... eu tinha uma dor de cabeça, grande mesmo ...” – M12

Em relação à questão do gênero, sabe-se que nas mulheres a apresentação dos sintomas da doença coronariana podem se manifestar de formas diferentes ou atípicas. Por exemplo, a dor precordial e a angina em mulheres podem se manifestar como um ardor. Ademais, a angina de peito é o principal sintoma de apresentação da doença na mulher, independente da idade, em comparação ao homem que tende a manifestar inicialmente o infarto ou a morte súbita. Estas também apresentam a dor epigástrica, náuseas ou cansaço com mais frequência, muitas vezes confundindo o profissional na elucidação diagnóstica precoce de um infarto. Uma das possíveis causas para as diferenças nos sintomas pode ser explicada pelo fato da angina nas mulheres ser de origem microvascular (subendocárdica), enquanto nos homens se dá mais por danos coronarianos epicárdicos. Um fato interessante é que as mulheres em idade fértil lidam com altos níveis de óxido nítrico, que é um mediador da sensação de dor, fazendo com que no sexo feminino a percepção da dor tenha um comportamento um pouco diferente. (DUARTE, 2007; MELGAREJO; HIGUERA LEAL, 2011).

Damasceno *et al.* (2012) demonstram que entre pessoas que sofreram um infarto, há um retardo à procura de atendimento profissional, principalmente nos momentos iniciais. O motivo mais frequentemente alegado foi o pensamento de que os sintomas não eram sérios e que iriam melhorar. Essa gravidade estava relacionada à dor de forte intensidade, à intensificação dos sintomas e à possibilidade desses sintomas estarem relacionados a um problema cardíaco. É também importante destacar que a consciência da gravidade do episódio esteve relacionada ao menor tempo de decisão pela procura precoce a um serviço de saúde.

Houve relatos na pesquisa de sintomas mais atípicos como dor de dente, dor na mandíbula, cefaleia, conforme os trechos a seguir:

“A sensação do infarto: o que eu senti, meu Deus, foi uma dor de dente... com uma dor nesse dente aqui bem do meio... quando passou algumas horas eu comecei a vomitar, vomitei, vomitei, comecei a passar mal, o “suorzão” gelado, mal, mal... Quando eu parei de vomitar, deu umas dores nessas duas veias aqui ó (apontando para o pescoço – jugulares?), sei lá como chama, e como se eu tivesse entalada, algo tivesse me empatando, eu só era fazendo assim (som de “pigarro”), aí eu fui pro médico... Aí eu fui, só que aquela fraqueza, aquela sensação de desmaio...” – M2

“[...] quando eu subi a escada eu senti aquela frieza subiu dos meus pés assim, parece que foi arrepiando meu corpo todinho, aí eu entrei em frente o espelho, aí eu olhei, meu nariz tava roxo, meus lábios roxo, meu rosto branco, olhei pra minha mão tava branquinha, olha, minha veias são grossas, mas não tinha uma veia!... também aquilo foi rápido, eu senti tontura, aí minha vista parece que ia escurecer... aí depois foi correndo aquilo quente de novo no meu corpo, aí eu fui ficando vermelha de novo, meus lábios voltou ao normal, meu nariz, meu rosto, minha mão, de lá pra cá não senti mais nada... aí fui encher saco...” – M10

“[...] Eu sentia, como eu lhe digo, era falta de ar, cansaço ... eu sentia aquela coisa, dolorido, minha pressão subia ... só sentia cansaço, doendo, aquela dor assim, como se diz, tão fina ... eu tinha uma dor de cabeça, grande mesmo ...” – M12

O tratamento

O tratamento para doença coronariana deve ser decidido a partir de um consenso entre o cardiologista e o paciente, estabelecendo um custo-benefício a partir de uma série de critérios como o estado de saúde, a expectativa e a qualidade de vida, os riscos inerentes à terapia, a idade e os custos, a fim de se obter a melhor decisão, considerando o impacto desse tratamento para o resto da vida do paciente (KALIL, 2008; FERREIRA *et al.*, 2013). Além desses critérios, o sexo também pode influenciar na decisão terapêutica, uma vez que as mulheres estão propensas a uma maior mortalidade na cirurgia cardíaca por apresentarem um maior número de comorbidades, ressaltando, entretanto, que o benefício cirúrgico da revascularização é igual para ambos os sexos (BRICK *et al.*, 2004).

As diferenças anatômicas das mulheres refletem as chances de um menor sucesso nos procedimentos de angioplastia e revascularização do miocárdio, somado a isso, estas são submetidas menos frequentemente a angioplastia coronária (MELGAREJO; HIGUERA LEAL, 2011). É verdade que o êxito de um tratamento depende de uma série de fatores, como idade, presença de comorbidades, fatores de risco, quantidade de artérias envolvidas, fatores sociais e emocionais, interferindo de forma determinante na evolução do quadro do paciente (FAVARATO, 2004; GARCIA *et al.*, 2012). Dentre as referências à terapia medicamentosa, pôde-se perceber que havia um entendimento sobre a importância da terapêutica utilizada, com demonstração de preocupação em seguir corretamente às orientações médicas, conforme demonstrado nas falas:

“[...] Remédio, eu tomo pra desentupir a veia, eu tomo, que eles (os médicos) passaram, eu tomo AAS todo dia...” – M13

“[...] meu medicamento é ali religiosamente, tomo todo cuidado, precaução...” – M4

“[...] eu tomo remédio controlado 8h da manhã e 8h da noite...” – M12

É possível que os portadores da doença encontrem algumas dificuldades no

seguimento do tratamento medicamentoso, que podem estar associadas à idade e à escolaridade, assim como ao fato do controle da tomada das medicações ser feita por alguém da família, ou por esquecimento, pela falta de hábito em consultar a receita antes de tomar as medicações, pela falta de orientações, pela falta de compreensão em relação à letra do médico e, ainda, pelo costume de identificar os remédios pelo tamanho e cor (GAMA *et al.*, 2010). Enfatiza-se o alcance de uma melhor qualidade de vida após tratamentos invasivos, sendo fundamental o papel dos profissionais na restituição da saúde, minimizando complicações físicas e emocionais advindas desse processo (BRANDÃO; BASTOS; VILA, 2005).

Nesta pesquisa apenas 4 (quatro) mulheres submeteram-se a cirurgia de revascularização do miocárdio e 2 (duas) à angioplastia, estando as demais realizando tratamento medicamentoso e/ou aguardando a realização de algum dos procedimentos invasivos. O conhecimento em relação ao tratamento para doença coronariana se fez presente em algumas falas, inclusive no aspecto diferencial sobre os tratamentos. Percebe-se que as mulheres compreendem a dimensão e a seriedade dos procedimentos nas quais precisariam se submeter ou já haviam se submetido, como nos trechos a seguir:

“[...] Ele ia fazer a cirurgia pra salvar minha vida né? [...] tirando um pedaço da veia da perna pra colocar no coração [...] essa cirurgia é uma cirurgia muito complicada, é difícil porque se trata do coração, aí ele (o médico) me contou tudinho.... enfim, é uma cirurgia muito demorada também, parece que ele (o médico) falou que eu não me lembro se foi 4h de relógio mais ou menos que demora, e essa cirurgia só se faz duas por dia porque é uma cirurgia muito complicada né...” – M1

“[...] angioplastia? É um procedimento, é um exame que a pessoa faz pela veia né?... faço pela perna, e que é um procedimento, não é uma cirurgia, é um procedimento pra detectar problemas maiores [...] Colocaram dois stents, dois balãozinhos, colocaram, que foi sucesso...” – M4

Está evidente nas falas das participantes a compreensão de que a cirurgia de revascularização do miocárdio é de grande complexidade e envolve vários riscos.

De fato, estão envolvidas questões como a competência técnica dos cirurgiões, mas também o tipo de doença do paciente e seu quadro no momento da intervenção, assim como aspectos relacionados à organização do ambiente cirúrgico e o preparo e a qualidade dos recursos humanos que prestam assistência de forma direta ou indireta (GOMES; MENDONÇA; BRAILE, 2007).

Apesar das evidências de vantagens da cirurgia em relação à angioplastia, deve-se considerar que na pessoa mais velha a cirurgia se associa a uma maior mortalidade hospitalar. Nesse contexto, a indicação da angioplastia tem sido maior nos casos de pacientes idosos com lesões complexas, principalmente após o surgimento dos *stents* farmacológicos. (FERREIRA *et al.*, 2013). Nessa pesquisa, além da questão da idade, o custo na colocação de alguns *stents* farmacológicos, não cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), se mostrou determinante na escolha do tratamento de uma

das participantes, conforme o seguinte trecho:

“[...] ele (o médico) disse assim pra mim: olha pra senhora existe duas condições, a gente queria fazer uma angioplastia na senhora, só não estamos fazendo porque a senhora não tem condição de ter o stent, se a senhora tivesse a gente fazia. Essa cirurgia só vai ser feita porque eu não posso comprar o stent, como ele (o médico) me disse né, porque se eu comprasse ele (o médico) ia colocar o stent [...] cada um deles parece que custa 14 mil reais, aí eu não tinha condição de comprar e o SUS não liberava né” – M1

É possível perceber que as mulheres participantes da pesquisa estão mais predispostas aos riscos relacionados às opções terapêuticas, considerando não só o sexo, mas também a idade e as comorbidades das mesmas.

A angioplastia como estratégia terapêutica para a cardiopatia isquêmica tem alcançado uma grande aceitação devido a pequena mortalidade inerente ao procedimento e excelente tolerância, quando comparado à toracotomia e à circulação extracorpórea. Posteriormente, com o advento dos *stents* metálicos e, mais recentemente, dos farmacológicos, os resultados benéficos desta opção de tratamento têm sido significativos (KALIL, 2008).

5 | CONCLUSÃO

As mulheres apresentaram dificuldades em definir a doença coronariana, algumas limitaram-se a quantificar somente os episódios de infarto do miocárdio, porém apresentaram certo conhecimento quanto ao mecanismo de causa da doença. A dor foi a sintomatologia mais frequente.

As mulheres demonstraram conhecimento acerca do tratamento, especialmente da complexidade de uma cirurgia de revascularização do miocárdio. A maioria se mostrou preocupada em seguir as recomendações, principalmente no que se refere ao consumo dos medicamentos. As percebem a dimensão e a seriedade do tratamento. Ressalta-se, o papel importante do profissional de saúde para o restabelecimento da sua saúde e o alcance de uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALFONSO, F.; BERMEJO, J.; SEGOVIA, J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué a hora?. *Rev. Esp. Cardiol.*, v. 59, n. 3, p. 259-263, 2006.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRANDÃO, E. S. B.; BASTOS, M. R. C. M.; VILA, V. S. C. O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. *Rev. Eletr. Enfermagem*, v. 7, n. 03, p. 278 - 284, 2005.
- BRICK, A. V. et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 82, p. 1-20, 2004. Suplemento.
- CHAGAS, A. C. P.; DOURADO, P. M. M.; DOURADO, L. A. Womans heart–differences that make a

difference. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.** v.12, n. 1, p. 84-92, 2014.

DAMASCENO, C. A. et al. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1362-1370, 2012.

DUARTE, E. R. A mulher e o envelhecimento: alterações cardiovasculares na mulher geriátrica. **Rev. Soc. Cardiol. Rio Grande do Sul**, ano 16, n. 12, p. 1-6, set./dez., 2007.

FAVARATO, M. E. C. S. **Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos**: comparação entre gêneros. 2004. 69 f. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2004.

FERREIRA, A. G. et al. A doença arterial coronariana e o envelhecimento populacional: como enfrentar esse desafio?. **Rev. HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2013. Suplemento.

GARCIA, R. P. et al. Caracterização das teses e dissertações de enfermagem acerca do infarto do miocárdio. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 2, p. 107-122, 2012.

GAMA, G. G. G. et al. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Ci. Saúde Col.**, v. 17, n. 12, p. 3371-83, 2012.

GOMES, W. J.; MENDONÇA, J. T.; BRAILE, D. M. Resultados em cirurgia cardiovascular. Oportunidade para rediscutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 22, n. 4, p. 3-4, 2007.

GOTTLIEB, M. G. V.; BONARDI, G.; MORIGUCHI, E. H. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. **Sci. Med.**, v. 15, n. 3, p. 203-207, 2005.

HERAS, M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. **Rev. Esp. Cardiol.**, v. 59, n. 4, p. 371-381, 2006.

KALIL, R. A. K. Consensos e controvérsias na doença arterial coronariana crônica: quando indicar a cirurgia. **Rev. Soc. Cardiol. Rio Grande do Sul**, v. 13, p. 1-3, 2008.

LÚCIO, J. M. G. **Representações Sociais de adultos jovens que vivenciam a Doença Aterosclerótica Coronariana**. 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. a. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 4, p. 1026-33, out./dez., 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

PAULA, E. A. et al. de. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 820-827, jun., 2013.

MANSUR, A. P. et al. Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, p. 2-43, 2004. Suplemento.

MELGAREJO, E.; HIGUERA LEAL, S. A. Diferencias genotípicas y fenotípicas entre géneros: Cardiología de la Mujer; Genotypic and phenotypic differences between genders: cardiology for women. **Med. UIS**, v. 24, n. 3, p. 272-285, 2011.

NATIVIDADE, M. S. L. **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana**. 2004. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

OLIVEIRA, L. B.; PÜSCHEL, V. A. a. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 4, p. 1026-33, out./dez., 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a21.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2013.

RINCÓN, F. *et al.* Caracterización de los síntomas de angina em un grupo de mujeres com prueba de esfuerzo positiva. **Rev. Colomb. Cardiol.**, v.14, n.3, p. 159-172, 2007.

SANCHO CANTUS, D.; SOLANO RUIZ, M. del C. A cardiopatia isquêmica na mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1462-1469, dez. 2011.

SCHNEIDER, D. G. *et al.* Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 81-9, jan./mar., 2008.

SERRANO JUNIOR, C. V. *et al.* Depressão, estado emocional e doença arterial coronária. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 19-23, 2012. Suplemento.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Rev. saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 750-756, 2008.

PRÁTICA DO DOCENTE DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: EVIDÊNCIAS DA SAÚDE MENTAL

**Claúdia Maria Messias
Geisa Soraia Cavalcante Valente
Elaine Antunes Cortez
Patricia Veras Neves De Oliveira
Emília Conceição Gonçalvez Dos Santos
Fabíola Chaves Fernandes**

RESUMO: Descrever a relação trabalhadores docentes com sua saúde mental, ainda permeia o estigma de doenças em que os indivíduos devem ser isolados ou vistos como incapazes. Acreditamos na relevância deste estudo reside na diminuta pesquisas e publicações a respeito da temática “o significado da prática e a saúde mental do docente do ensino superior de enfermagem” Por conseguinte o objetivo foi analisar pelo ângulo do docente, o significado da prática docente e a percepção da saúde mental. Pesquisa com abordagem qualitativa com a metodologia do Grupo Focal (GF). Evidenciou-se que os docentes são vulneráveis ao risco de sofrimento mental com diferenciadas matizes e sintomas. Ao aplicar a técnica inspirada nas idéias de Grupo Focal em uma pesquisa qualitativa, constatou-se que além de favorecer a coleta de dados, esta técnica caracterizou-se como um excelente espaço de formação docente a partir da reflexão que cada pesquisado fez sobre a própria concepção.

PALAVRAS-CHAVE: docente, enfermagem,

saúde mental, professor,

ABSTRACT: Describing the relationship of teaching workers to their mental health still permeates the stigma of diseases in which individuals must be isolated or seen as incapable. We believe in the relevance of this study lies in the small researches and publications on the theme “meaning of practice and mental health of the nursing higher education teacher”. Therefore the objective: To analyze by the teacher angle, the meaning of the teaching practice and the perception Mental health. Qualitative research with the focus group methodology (GF). It was evidenced that the teachers are vulnerable to the risk of mental suffering with different shades and symptoms. When applying the technique inspired by the Focus Group's ideas in a qualitative research, it was found that in addition to favoring data collection, this technique was characterized as an excellent space for teacher training based on the reflection that each researched did on one's own conception.

KEYWORDS: teacher, nursing, mental health, teacher nursing,

INTRODUÇÃO

Os indícios de comportamento alterado da saúde física e mental do trabalhador docente são elevados, porém, as instituições governamentais

e os próprios trabalhadores ainda não buscam estratégias de tratamento quando se apresentam patológicos, mesmo quando estes estão remanejados ou afastados de suas atividades o que poderia colaborar ainda mais para o agravamento do estado mental destes docentes (Farias.; Zeitoune, 2010)

Apontamos que a saúde mental dos docentes de Instituições do ensino superior é de extrema relevância para lidar com as atividades do cotidiano em sala de aula e no contexto acadêmico, pois o que se percebe é que nos dias atuais, que há um desgaste mental, que em alguns estudos epidemiológicos descrevem estes docentes como diagnosticados com saúde mental prejudicada (Azevedo, Ferreira Filha ,2012).

Situação está, que atribui um efeito na educação dificultando a interação professor-aluno, na qual existe uma interferência prejudicial, que deve ser diagnosticada e tratada, para que o docente venha a participar das atividades diárias da escola de forma motivada com o intuito de envolver o aluno em todas as atividades fortalecendo sua prática docente. (Pena,2011)

Descrever a relação trabalhadores docentes com sua saúde mental, ainda permeia o estigma de doenças em que os indivíduos devem ser isolados ou vistos como incapazes.

O docente na sua atividade cotidiana pode influenciar nas respostas psicofísicos, tendo como predisposição e reforçando essa condição a modernidade, competitividade e capitalismo. Incertezas políticas e econômicas viabilizam e aumentam a insegurança e ansiedade do profissional docente influenciando nas suas expectativas de acontecimentos em futuro próximo (Moreno, et al 2011).

Considerando as mudanças na educação superior ocorrida nos últimos anos, como a mercantilização das atividades do ensino, pesquisa e extensão, condições de trabalho divergentes das propostas da ergometria, como a aceleração dos ritmos laborais e, ponderando sobre o percentual crescente de doenças psiquiátricas do grupo docente. (Ceballos, 2011)

Decorrente das mudanças na política educacional relacionados ao ambiente de trabalho e as condições sob o qual é realizado, o docente pode desenvolver o chamado mal-estar docente, favorecendo ao desgaste psíquico.

Ademais, ao conhecer o significado da docência referida pelos docentes de enfermagem no ambiente laboral, assim como, a saúde mental, de acordo com as reais condições de vida. Esperamos que a pesquisa contribua na ampliação de escolhas saudáveis por parte dos docentes no local onde ficam na maioria das vezes, a maior parte do dia, ou seja, o local de trabalho.

A relevância deste estudo reside na diminuta pesquisas e publicações a respeito da temática “significado da prática e a saúde mental do docente do ensino superior de enfermagem”. Apesar disso estudos que analisam o processo de adoecimento dos docentes relacionados à atividade ocupacional já se sabe que diversos fatores interferem neste processo.

Para tanto buscou-se responder a seguinte questão: Qual o significado de ser

docente e como percebe sua saúde mental na prática docente em uma IES?

Por conseguinte, delineou-se o objetivo: Analisar pelo ângulo do docente, o significado da prática docente e a percepção da saúde mental.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa com a metodologia do Grupo Focal (GF). A autora define o GF como uma técnica de discussão não diretiva em grupo, que reúne pessoas com alguma característica ou experiência comum para discussão de um tema ou área de interesse. Tendo em foco um determinado assunto, a discussão não busca o consenso, mas levantar as diferentes opiniões, atitudes, pensamentos e sentimentos, expressos verbalmente ou não, em um tempo relativamente curto. (Dias, 2016)

As atividades do Grupo Focal (GF) foram desenvolvidas com 28 docentes participantes. Foram realizadas três sessões de GF com dois grupos distintos de 14 docentes de cada universidade participante que atuavam na graduação de enfermagem e outros cursos da área de saúde. O trabalho de campo decorreu entre os meses de junho a novembro de 2016.

Para coleta de dados, foi utilizado um formulário com 2 blocos de questões, no primeiro bloco com informações como características de identificação, ocupacionais e tempo de trabalho. No segundo bloco procurou investigar 3 questões relativas a percepção sobre docência, atividade laboral e sua saúde mental.

Para coleta de dados inicialmente foram distribuídos papel e caneta para anotações, crachás para identificação e explicando que a identidade de cada participante, na presente pesquisa, seria mantida em sigilo. A seguir realizou-se uma breve apresentação explicando o trabalho e esclarecendo os objetivos do encontro, bem como os critérios de escolha dos participantes e a forma de registro – gravação em áudio, com que todos os participantes concordaram. Nestes encontros, a pesquisadora, desempenhou também o papel de mediadora.

Mesmo que surgissem, durante os encontros, diferentes pontos de vista porque, nesta técnica, não se está em busca de consensos, era importante que ficasse claro que, nesse trabalho, todas as opiniões interessavam e que não havia resposta ou posicionamento certo ou errado, nem bom ou mau argumento.

Além disso, foi esclarecido que não se tratava de um diálogo conosco, mas com o grupo. Assim, não precisavam atuar como se estivessem respondendo à mediadora, pois o GF não se caracteriza como uma entrevista coletiva, mas como uma conversa que deve acontecer entre os membros do grupo. O encontro foi iniciado com a apresentação dos participantes. Em seguida, foi dado um tempo para que os participantes, em duplas, discutessem sobre a seguinte tarefa proposta: pensando na sua prática profissional. A discussão que se seguiu girou em torno dos significados emergidos dos grupos e apresentadas, posteriormente, aos demais componentes do

GF.

Os docentes estavam tímidos no começo, cada um esperando que o outro iniciasse a participação, mas, depois da rodada de apresentação, foi quebrado o gelo, mostraram-se bem à vontade na interação e atenderam ao pedido da mediadora quanto à necessidade de cada um falar por vez para que as gravações não fossem prejudicadas.

Embora sempre houvesse docentes mais falantes que outros, neste primeiro encontro, todos participaram dando suas opiniões. As interações fluíram de forma cooperativa apesar dos contrapontos e divergências, o que manteve o debate aceso em toda a sua duração. O grupo levou a técnica a sério, demonstrando interesse pelo tema que estava em foco.

Os cenários de pesquisa foram duas Instituições de ensino superior com total de 20 cursos de graduação nas várias áreas como saúde, tecnológica e humanas dentre eles o de enfermagem. Os três encontros de GF aconteceram em salas de reuniões das universidades selecionadas pela pesquisa nas zonas central e oeste do Rio de Janeiro/RJ. Esses cenários foram escolhidos por serem locais de trabalho da pesquisadora, independente disso foi encaminhado uma solicitação a reitoria para de uso do espaço para realização da atividade.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói/Rio de Janeiro-Brasil, sob nº CAAE 33733014.9.00005243.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Variáveis	Frequência	Percentil
Sexo	n=28	
Masculino	22	78.57
Feminino	6	21.43
Anos de Profissão como docente		
1-10	13	46.42
10-20	09	32.14
20-30	04	14.28
30-40	02	7.14
Idade		
20-30	01	3.57
30-40	10	35.71
40-50	10	35.71
50-60	05	17.85
60-70	02	7.14
Experiência Profissional na Docência		
Área de Graduação	21	75
Pós-graduação	06	21.42
Especialização	01	3.57

Mestrado	01	3.57
Doutorado	00	00

Tabela 1: Caracterização dos participantes segundo as variáveis sócio- demográficas

Categorias: 1- A sua saúde mental durante a prática docente em uma IES.

PERSPECTIVAS MENTAIS E FÍSICA

Acredita-se que a capacidade de um indivíduo para controlar situações potencialmente estressantes pode ter profundos efeitos sobre suas funções vitais. Como desde nossa concepção enfrentamos mudanças continuamente e a manutenção de vida depende justamente da capacidade de nos adaptarmos a essas mudanças. (Brum, 2012)

A prática docente, a longo prazo, pode levar, a várias patologias músculo esquelética e psicológicas, muitas vezes relacionadas, com absenteísmo. A docência vem sofrendo constantes alterações no decorrer de sua história, embora o professor não tenha tido condições de criar meios para se adaptar às mudanças, o que levou ao surgimento de desequilíbrios na estrutura corporal (Bernardo, 2010)..

Evidenciou-se que o cansaço, a falta de motivação, a ausência de incentivo e os baixos salários são fatores que promovem o descontentamento e o adoecimento desses profissionais. Sabendo-se que a ação educacional é um processo que exige o preparo do docente. Sabendo-se que os docentes estão sobrecarregados de trabalho e acabam, muitas vezes apresentando patologias físicas ou psicológicas como descrito nas falas dos participantes (Bernardo, Garbin, 2011).

Assim os significados da prática docente e a saúde mental ficaram assim classificados:

Variáveis	Frequência	Percentil % n=28
Desmotivação	2	7.14
Desânimo	4	14.28
Cansaço	18	64.28
Preocupação com o sustento	1	3.57
Feliz	1	3.57
Disposta	1	3.57
Memória (branco/ esquecimento)	1	3.57

Tabela 2. A saúde mental durante a prática docente

Em estudo realizado por (Arbex, Souza, Mendonça. et.al,2013), a autora assegura que existe um desconhecimento a respeito do processo de trabalho

docente universitário e das condições materiais que ele realiza. Constatou-se que essa dimensão invisível do trabalho acadêmico possui uma interface com o sentimento de não reconhecimento social por parte dos docentes, podendo ocasionar ressonâncias no seu quadro psíquico.

A saúde mental do trabalhador deve ser entendida como um processo no qual as agressões dirigidas à mente pela vida laboral são confrontadas pelas fontes de vitalidade e saúde representadas pelas resistências de natureza múltiplas, individuais e coletivas, que funcionam como preservadoras da identidade dos valores e da dignidade dos trabalhadores docentes. (Carvalho, 2014)

Categoria 2: O Exercício da docência e o comportamento do docente relacionado ao ambiente laboral. Estado mental/físico dos docentes

Variáveis	Frequência	Percentil% n=28
Desafio	02	7.14
Sofrimento	03	10.71
Dificuldade na relação aluno-professor	04	14.28
Irritação	01	3.57
Repetição das atividades	07	25
Reflexão “eu” de forma egoísta sem planejar práticas positivas.	01	3.57
03	10.71	
Incertezas	02	7.14
Preocupação e ansiedade	02	7.14
Dificuldades preocupação com a formação do aluno	02	7.14
Desconforto	01	3.57

Tabela 3. O Exercício da docência e o comportamento do docente relacionado ao ambiente laboral.

Variáveis	Frequência	Percentil% n=28
Frustração: Capacitação desenvolvimento acadêmico/trabalho sem recompensas política de plano de cargos e salários.	10	35.71
Desenvolvimento de trabalhos docentes sem prazer respondendo as demandas institucionais	07	25
Frustração: muito estudo sem impacto financeiro ou nas atividades	01	3.57
Trabalho sem recompensas	01	3.57
O ambiente institucional interferindo no cotidiano de trabalho	05	17.85
Aluno como motivo de descontentamento	03	10.71
Perda da autonomia como docente.		
Status Social em baixa	01	3.57

Tabela 4. Ambiente institucional/Significados dos docentes.

A categoria o “exercício da docência e o comportamento do docente relacionado

ao ambiente de prática” evidenciou que, em meio às concepções que os docentes possuem a respeito da sua prática, certas questões mostraram-se mais recorrentes. Essas questões dizem respeito tanto às dificuldades que o professor enfrenta no trabalho com esses discentes, como suas expectativas quanto às possibilidades profissionais, de sua independência e autonomia.

Entretanto, no decorrer da pesquisa, identificou-se que a saúde mental do docente está consideravelmente comprometida, uma vez que, o aumento das demandas do seu cotidiano, como participar de outras atividades além da sala de aula, planejamento e tarefas que envolvem a sala de aula, ainda precisa disponibilizar-se para fazer parte de outros afazeres acadêmicos, sejam elas atribuídas pela própria universidades ou pelos alunos, além dos seus deveres familiares e sociais.

Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, nos afirma que “quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão”. (Dejours, 2007)

Um sofrimento patogênico surge quando todas as possibilidades de transformação, aperfeiçoamento e gestão da forma de organizar o trabalho docente já foram tentadas e só restam as pressões fixas, rígidas repetitivas e frustrantes configurando uma sensação generalizada de incapacidade.

Identificou-se ainda que o número de docentes que apresentam sintomas de exaustão emocional, cansaço mental, esquecimento e outros sintomas relacionados ao trabalho docente são consideravelmente expressivo que foi de 64.28%

Vale ressaltar que aproximadamente um quarto dos docentes (35.71%) descreveu sentimentos de frustrações diante da falta de incentivo a capacitação sem a perspectiva de políticas de plano de cargos e salários. A própria atividade docente foi descrita por 14,28% como a dificuldade na relação aluno-docente.

O trabalhador docente vive uma relação de ambiguidade com os sujeitos de sua ação, culpando-os pela não eficácia de sua atuação, ao mesmo tempo em que é complexo quantificar e qualificar a sua assimilação por parte dos alunos. Ainda que se considere a diversidade dos problemas na relação pedagógica, essas situações podem produzir uma sensação de esvaziamento e descontentamento com a atividade. (Osvaldo, 2010)

Categoria 3: Métodos de intervenção praticada pelo docente

Variáveis	Frequência	Percentil% N=28
Válvula de escape: Não se integra com as atividades de forma efetiva	01	3.57
Fuga/ Nada me incomoda, deixar de lado angústias e viver o momento presente	09	32.14

Reinventar: Rever conceitos	10	35.71
Conservado/sem mudanças físicas ou mentais	10	35.71

Tabela 5. Métodos de intervenção praticada pelo docente.

Os docentes participantes desse estudo buscam dentro de si, em seu contexto e em sua bagagem de conhecimento estratégias para reorganização física e mental diante dos eventos estimuladores do mal docente. Apontam que as práticas no âmbito da saúde mental ainda estão direcionados para patologias e não a intervenção precoce e a prevenção, pois durante a pesquisa ficou claro nas variáveis descritas.

Diante disso, se faz necessário retomar alguns aspectos da relação do docente com o trabalho e a saúde mental com a inserção de atividades preventivas no cotidiano laboral.

Por outro lado, os entrevistados se sentem satisfeitos com o trabalho e há somente uma parcela que se mostra pouco satisfeita ou insatisfeita. Mesmo que não seja a satisfação ou insatisfação com a atividade que determine a existência do sofrimento psíquico a priori, a satisfação com a atividade pode criar maiores possibilidades de superação e até uma forma de prevenção.

CONCLUSÃO

Deste modo o estudo descreveu que o perfil da saúde mental dos docentes é plural. Evidenciou-se que os docentes tornam-se vulneráveis ao risco de sofrimento mental com diferenciadas matizes e sintomas. Ao aplicar a técnica inspirada nas etapas de Grupo Focal em uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi identificar as concepções que os participantes tinham sobre o significado da docência e a saúde mental em uma IES.

Constatou-se que a método GF, além de favorecer a coleta de dados, esta técnica caracterizou-se como um excelente espaço de formação docente a partir da reflexão que cada pesquisado fez sobre a própria concepção. A coleta de dados tem como uma de suas maiores riquezas a formação de opinião e atitudes durante a interação com os indivíduos. Essas interações é que possibilitam a captação de significados.

Os docentes da pesquisa consideraram que as interações propostas pela metodologia GF foram importantes momentos de troca de experiências e reflexão da própria prática como aprendizagem para o grupo.

REFERÊNCIAS

- Farias, S. N. P.; Zeitune, R. C. G.(2010) A Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3 .
- Azevedo, E. B. & Ferreira Filha, M. O. (2012). Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, 5(2), 60-70

Pena. P. G. L.(2011) A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: Vasconcellos. L. C. F, Oliveira. M. H. Barros. (Org.). Saúde, Trabalho e Direito. 1ed. Rio de Janeiro: Editora: EDUCAM, v. 1, p. 85-123.

Moreno.C.T, Carvalho. M. Pires.G.Estratégias e Intervenções no Enfrentamento da Sindrome de Burnout. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):140-5.

Ceballos, A. G. C.(2011) Avaliação perceptivo-auditivo e fatores e associados à alteração vocal em professores. Revista Brasileira de Epidemiologia, 14(2) 285-95.

Dias, C. A.(2016) Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação & Sociedade: estudos, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 2012. Seção Ponto de Visita.

Brum,V.(2012) Qualidade de vida dos professores de ciências da Escola no Rio Grande sul. (trabalho educação saúde , Rio de Janeiro , v.10 n 1, p. 125-145, març/jun,

Bernardo. M. H. (2010). Produtivismo e precariedade subjetiva na universidade pública: o desgaste mental dos docentes. Psicologia & Sociedade; 26(n. spe.), 129-139. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas/São Paulo, Brasil

Bernardo.M. H, Garbin. A.C (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. vol.36, n.123, pp. 103-117.

Arbex. A.P, Souza.K.R, Mendonça.A O (2013). Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência dos professores de uma universidade pública. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de janeiro, 23(1)263-284.

Carvalho. G M (2014) Enfermagem do Trabalho. Editora Pedagógica e Universitária. São Paulo.
Dejours, C. (2007) A banalização da injustiça social. Rio de janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Osvaldo G. J (2010) Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2010, vol. 13, n. 1, pp. 133- 148

REFLETINDO SOBRE O USO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

Jane Conceição Perin Lucca

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS – correspondência: jperin@san.uri.br.

Zaléia Prado de Brum

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

Rosane Teresinha Fontana

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

Márcia Betana Cargnin

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

Kelly Cristina Sangói

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS

Alessandra Frizzo da Silva

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS.

propiciar mudanças nas práticas pedagógicas dos docentes da área da saúde? Trata-se de um relato de experiência, realizado com docentes da área da saúde, em uma universidade comunitária, do Rio Grande do Sul. Salienta-se sobre a necessidade das instituições de ensino e governamentais criarem novos espaços para programas de educação permanente, proporcionando suporte para a construção e o fortalecimento do conhecimento pedagógico dos docentes das áreas da saúde, com a intenção de melhorar suas práticas e introduzir e ou fortalecer o uso de metodologias ativas e ferramentas de aprendizagem em seu cotidiano.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente; Ensino; Metodologias Computacionais.

ABSTRACT: This study aimed to describe and reflect the experience of a permanent education activity on active methodologies with health professors (nursing, pharmacy and physical education). The guiding question for the research of the study was: how will a program of education on active methodologies be able to propitiate changes in the pedagogical practices of health professors? This is an experience report, carried out with health professors, in a community university, in the interior of Rio Grande do Sul. It is emphasized the need of educational institutions and governmental establish new spaces for programs of permanent education ,

RESUMO: Esse estudo teve por objetivo descrever e refletir a vivencia de uma atividade de educação permanente sobre metodologias ativas com docentes da área de saúde (enfermagem, farmácia e educação física). A questão norteadora para investigação do estudo foi: como um programa de educação sobre metodologias ativas será capaz de

Providing support for the construction and strengthening of the pedagogical knowledge of health professors with the intention of improving their practices and introducing and / or strengthening the use of active methodologies and learning tools in their daily lives.

KEYWORDS: Permanent Education; Teaching; Computational Methodologies.

INTRODUÇÃO

É inegável a contribuição da tecnologia, na atualidade, e imprescindível sua inserção como recurso metodológico para o processo de ensino/aprendizagem, pois ao longo do caminho histórico-pedagógico, o modelo de ensino tradicional está lentamente, sendo modificado, obrigando o docente a ter uma ação reflexiva sobre suas práxis.

O mercado de trabalho está, cada vez mais, competitivo e seletivo, exigindo do futuro profissional um perfil crítico e reflexivo, no qual saiba interpretar de forma adequada as informações que recebe, bem como apresente capacidade para exercer a autonomia e a responsabilidade, ocasionando como consequência a transformação das diversas realidades sociais, que lhe são impostas cotidianamente.

A educação em saúde no ensino superior tem sido motivo de muitas discussões sobre a formação profissional (MELLO e ALVES, 2014). Nesse contexto, o benefício das tecnologias incorporadas à educação em saúde é incontestável, pois essa gama de recursos tecnológicos oferece uma melhor interação entre o discente, o docente e a coletividade, o que traz uma abordagem significativa para o processo de ensino.

Os processos e metodologias diferenciadas têm apresentado avanços em práticas de sala de aula e no ensino a distância, promovendo o envolvimento e o interesse de todos de forma eficaz. A educação não pode ficar a margem dessas mudanças; é preciso incorporar a dialogicidade na troca de saberes, permitindo uma discussão entre discentes e docentes de maneira horizontal e igualitária.

As metodologias ativas vêm para contribuir com essa proposta, pois proporciona a participação dinâmica dos discentes no processo educacional, levando ao comprometimento desses, com um ensino significativo, que favoreça a autonomia, o raciocínio e o instiga a buscar soluções para as diversas situações (LIMA, 2016).

Observa-se, que a introdução das metodologias ativas nos cursos de saúde, ainda é muito lenta e faz-se necessário instigar nesses docente uma mudança de comportamento.

As instituições substituíram a ferramenta antiga do quadro de giz por diversas ferramentas eletrônicas, mas, em muitos cenários, não há a efetiva mudança de comportamento e de habilidade no docente, que sente dificuldade de transitar nessa nova proposta. Então, é necessário criar mecanismos de educação permanente, a fim de oportunizar a esse docente assumir seu papel de instigador, motivador, facilitador e mediador do processo de ensino/aprendizagem.

A formação do professor é ponto fundamental para a melhoria da profissionalização

do corpo docente de uma instituição de ensino superior, pois contribui com a melhoria da qualidade de ensino (ESCORSIN e GISI, 2008), além de que, esses encontros são momentos de socialização e partilha de ideias, no qual ocorre a troca de saberes/fazeres e o desenvolvimento de novas construções.

É impossível falar na implantação das TIC, sem introduzir no contexto de mudanças que ocorreram ao longo do século XXI. No Brasil, as pesquisas realizadas pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.BR, 2016) mostram, que as tecnologias ganham cada vez mais espaço e, que 80% dos jovens, de 9 a 17 anos, entre crianças e adolescentes em idade escolar já são usuários da Internet (CETIC.BR, 2016).

A pesquisa demonstra que professores começam a incorporar as tecnologias móveis e a internet para auxiliar nas atividades pedagógicas. De 66%, em 2014, passou para 85%, em 2015. Revelou, também, que a adoção de ações pedagógicas com dispositivos tecnológicos junto aos alunos, foi mencionada por 39% dos professores, sendo 36% de escolas públicas e, 46% de escolas privadas. E, que 73% dos professores utilizaram o computador e/ou Internet, ao menos uma vez, para atividades de ações pedagógicas com os alunos, entre as quais para solicitar aos alunos a realização de trabalhos sobre temas específicos (59%), pedir trabalhos em grupo (54%), dar aulas expositivas (52%) e, solicitar a realização de exercícios (50%) (CETIC.br, 2016).

Nesse contexto, pode-se observar que as tecnologias estão vinculadas na vida cotidiana de todos, por isso é fundamental compreender que a função do professor está ligada diretamente a sua educação básica. É necessário, instigar o desenvolvimento de novas competências e habilidades na elaboração e organização de suas práticas pedagógicas, para torná-las mais interessantes e, preparar os discentes para a atuarem em uma sociedade em que informação e conhecimento são sinônimos de evolução.

A formação do professor é ponto fundamental para a melhoria da profissionalização do corpo docente de uma instituição de ensino superior, pois contribui para a mudança de paradigmas, no qual o docente se apropria de novas habilidades e, dessa forma ocorre à melhoria na qualidade do ensino (LIMA, 2016), além de que, esses encontros são momentos de sociabilização e troca de ideias, no qual ocorre a troca de experiências práticas e teóricas, gerando uma nova construção.

Hoje, os jovens não querem estar distantes das inovações, informações e conexões, então a inserção da tecnologia de comunicação e informação não é mais uma escolha, faz-se necessário sensibilizar os docentes para esse novo paradigma, que enfoca a valorização da construção do conhecimento

Por isso, é necessário progredir, oportunizando educação permanente, capacitações, pós-graduações, introduzir tecnologias educacionais e práticas pedagógicas, dentro das instituições de ensino privado e governamental, nas quais essa cadeia de interatividades possa ser utilizada a favor do ensino e de uma aprendizagem significativa.

Diante das considerações acima apresentadas, surgiu a questão norteadora do

estudo: como um programa de educação permanente sobre metodologias ativas será capaz de propiciar mudanças nas práticas pedagógicas dos professores da área da saúde?

Este estudo, se justifica como uma oportunidade de oferecer elementos teóricos para a reflexão sobre o ensino, objetivando empoderar os docentes do ensino superior da área da saúde sobre as metodologias ativas, além da importância de criar espaços que leve a refletir sobre a inclusão desses recursos tecnológicos para potencializar suas tarefas e promover a comunicação professor/aluno, em que o professor preocupa-se com o conhecimento trazido pelo aluno e o estimula na busca pela nova informação.

Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever e refletir a vivencia de uma educação permanente sobre metodologias ativas com docentes da área de saúde (enfermagem, farmácia e educação física).

METODOLOGIAS ATIVAS

Hoje, o discente tem um ambiente externo á sala de aula, rico em informações e conexões, das quais não querem estar distante, então a inserção da tecnologia não é mais uma escolha, por isso é necessário sensibilizar os docentes para esse novo modelo de ensino/aprendizagem.

A sala de aula convencional, na qual o professor apresenta seu conteúdo e é o dententor do saber, precisam urgentemente ser revista, pois no mundo contemporâneo esse modelo se encontra saturado. Busca-se por um aprendizado que seja interessante, simples de ser compreendido e participativo, no qual o aluno dê um significado de forma prática, levando a discutir, experienciar e, com isso estimular as diversas áreas cognitivas do cérebro.

Por isso, os professores precisam empregar estratégias de ensino variadas e, estar se atualizando constantemente sobre das inovações tecnológicas digitais e/ou metodologias ativas. Para Moran (2015), “essa mescla, entre sala de aula e ambientes virtuais é fundamental para abrir a escola para o mundo e para trazer o mundo para dentro da escola.”

Usar as metodologias ativas é envolver o aluno na construção do saber, tornando-o um sujeito ativo, que possa discutir, interpretar e compartilhar o conhecimentos de diversas forma e, nos diferentes grupos sociais e culturais. A internet, essa ferramenta dinâmica, não pode mais ser desconsiderada no ensino. Ela dá suporte as diferentes formas de se obter informações de forma rápida e constante.

A presença das tecnologias digitais de comunicação e educação (TDICs) no nosso dia a dia tem alterado visivelmente os meios de comunicação e, como nos comunicamos. As possibilidade e o potencial que essas tecnologias oferecem para a comunicação são enormes. É possível vislumbrar mudanças substanciais nos processos comunicacionais, alterando a maneira como recebemos e acessamos a informação. Infelizmente as mudanças observadas no campo da comunicação não tem a mesma magnitude e impacto com relação a educação. Esta ainda não

incorporou e não se apropriou dos recursos oferecidos pelas TDICs. Na sua grande maioria, as salas de aulas ainda têm a mesma estrutura e utilizam os mesmos métodos usados na educação do século XIX (VALENTE, 2014, p. 142)

É necessário favorecer o exercício de uma docência mais atualizada, que permita o conhecimento de novas técnicas e estratégias de metodologias ativas, que favoreçam potencializar as necessidades de aprendizado, dessa nova geração digital. O professor precisa ter em sua formação um novo olhar: o de mediador, aquele que organiza o objeto de aprendizagem, e dá significado para o aluno ter curiosidade e interesse na busca pelo conhecimento, definindo uma trajetória profissional voltada para as necessidades do mercado de trabalho.

As metodologias ativas são ferramentas de apoio para auxiliar a dinamizar a sala de aula, e fazer com que o aprendizado torne-se mais interessante, despertando o interesse dos alunos. Mas, para que isso aconteça, se faz necessário visualizar o papel do professor na organização do contexto do ensino/aprendizagem, ocupando menos seu tempo para transmissão de conceitos e focar em situações problemas que levam o aluno a pesquisar, pensar e trazer uma possível solução e, assim contribuir de forma ativa para seu crescimento pessoal e, também para a troca de saberes, o que auxilia no socialização.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da reflexão do processo de educação permanente com docentes da área da saúde, em uma universidade comunitária, no interior do Rio grande do Sul. Uma vez, que se encaminha para a perspectiva de compartilhar experiências, esse relato é um estudo descritivo das vivências de inserção e de construção de conhecimento, da metodologia problematizadora e dialógica aliada ao uso de ferramentas oferecidas pelas tecnologias de informação, para o auxílio do processo de ensino e aprendizagem dos alunos, tais como: prezi; mapas conceituais; Google drive, classroom entre outros. Sublinha-se, a importância da qualificação permanente do docente para acompanhar a complexidade na contemporaneidade.

Morin (2015), refere-se à complexidade como um tecido de “acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo”. “O pensamento complexo requer mover, conjugar, articular os diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno” (SANTOS e HAMMERSCHMID, 2012), requisitos para a interdisciplinaridade exigida no trabalho em saúde.

O estudo foi desenvolvido em março de 2016, com 20 docentes da graduação do departamento de ciências da saúde, dos cursos de enfermagem, farmácia e educação física da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões (URISAN). Foi ministrado por uma professora enfermeira, mestre em ensino científico e tecnológico. O critério

para a escolha desse docente foi a sua facilidade em transitar pelas tecnologias da educação e, por estar implantando as metodologias ativas, no curso de enfermagem, além de vivenciar as dificuldades que esse grupo de docentes, experimentava em seu cotidiano de trabalho. Dos vinte docentes participaram da educação permanente, sendo 40% homens e 60% mulheres todos com idade entre 25 e 60 anos idade, com tempo de formação e docência de 05 a 35 anos.

Foram desenvolvidos três encontros no laboratório de informática da referida universidade, sendo o primeiro com os docentes do curso de enfermagem, seguido pelo curso de educação física e de farmácia com carga horária de 4 horas cada encontro. O curso foi divulgado no site da universidade. Os docentes foram, também, convidados, previamente, por meio eletrônico à participação da ação formativa.



Figura 1 – Refletindo sobre a práxis

Fonte: imagens Google

A metodologia utilizada inicialmente foi uma dinâmica com figuras diversas (quadro acima) oferecidas de forma aleatória, na qual através de um diálogo reflexivo e interativo. Após observar e analisar a figura que havia recebido, cada docente fez uma abordagem sobre sua práxis e a relação com a figura, expondo a necessidade e as dificuldades na utilização das metodologias ativas em seu cotidiano. As figuras

utilizadas para as reflexões, nesse primeiro momento foram retiradas do Google imagem

Após muitas reflexões e discussões sobre o tema, apresentou-se uma aula expositiva com o software prezi, no qual se iniciou a abordagem das metodologias ativas, apresentando e, disponibilizando aos participantes, através da plataforma AVA-moodle URISAN, um E_book organizado pela docente, com tutoriais de diversas metodologias ativas.

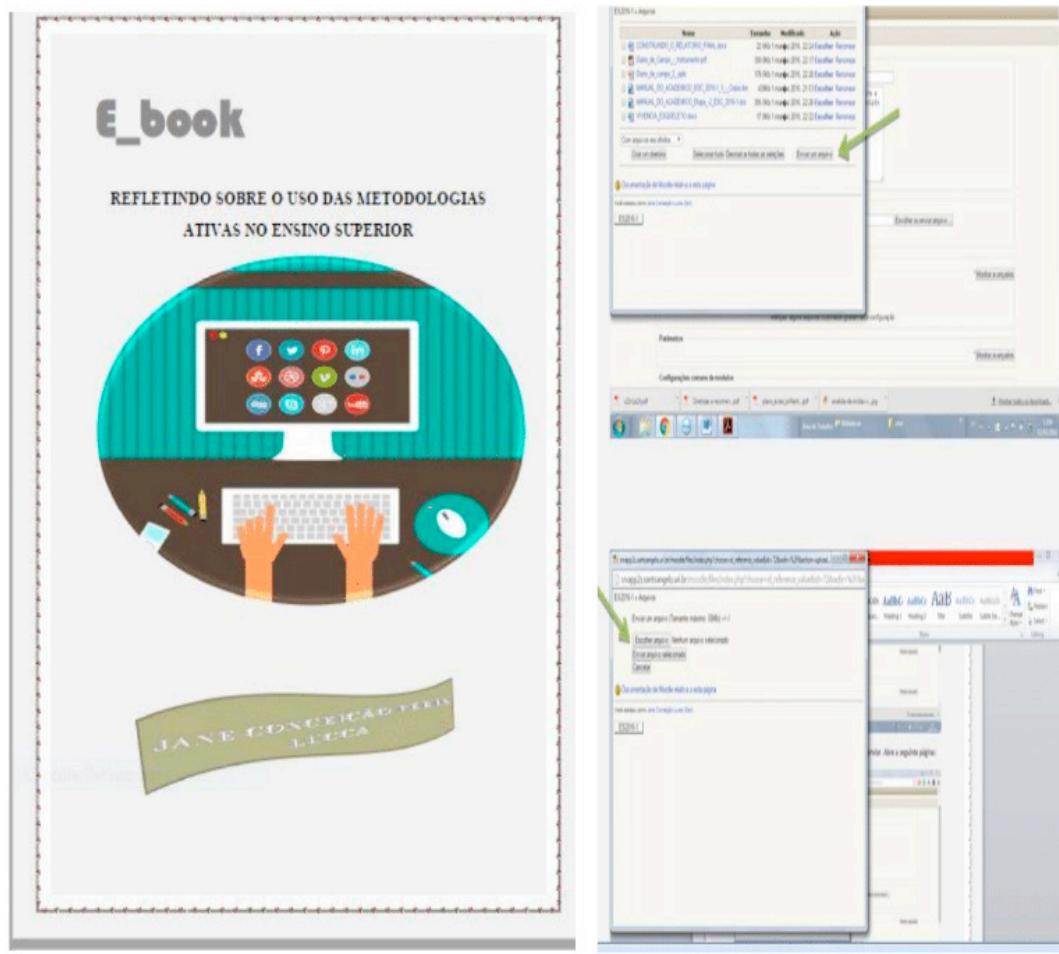


Figura 2 – E-Book interativo

Fonte: LUCCA, 2016.

Para a educação permanente foram citadas várias metodologias que poderiam ser usadas. Dessa foram selecionadas duas metodologias para serem desenvolvidos com os participantes. Os critérios para a escolha desse material foi o interesse dos docentes, entre elas software CmapTools para desenvolver mapas conceituais e, a plataforma AVA Moodle – URISAN.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação das metodologias ativas é um desafio para a maioria dos docentes que não são nativos digitais (aqueles que não nasceram e cresceram, vivenciando as

tecnologias digitais). Esses apresentam dificuldades de incorporar essa nova visão em suas ações pedagógicas, por essa razão é importante criar espaços de reflexão e discussão.

Baseado nas participações da prática formativas sobre o uso das metodologias ativas no ensino superior na área de saúde observou-se que elas possibilitaram aos docentes, uma revisão de sua práxis e o compartilhamento das angústias em relação á apropriação dos inúmeros recursos existentes de ferramentas de aprendizagem, principalmente, pelo fato da maioria dos participantes não serem nativos desse período tecnológico. Também, auxiliou para desmistificar crenças e inseguranças pelo desconhecimento na aplicação da ferramenta de aprendizagem.

É comum, na educação superior, observar-se a atuação de docentes que apresentam excelente formação técnico-científica, no entanto, devido a sua formação inicial não ser voltada para dimensão pedagógica, enfrentam dificuldades na aplicação (VILELA e MELO, 2017), então é necessário oferecer condições para que ocorra á apropriação dessas estratégias de forma adequada e permanente.

Essas ferramentas se utilizadas de forma adequada, auxiliam a estimular o aluno para participar de forma ativa da ensinagem. Porém essa ferramenta não é milagrosa, seu uso deve estar associado aos objetivos do planejamento pedagógico, a fim de possibilitar ao docente e ao discente um espaço de busca e trocas constantes.

Apesar de os docentes relatam que já utilizam de alguns recursos das tecnologias de informação e comunicação, como email, vídeos, PowerPoint, muitos os utilizavam para fortalecer o modelo tradicional.

Sabe-se que as opções de ferramentas tecnológicas são emergentes, e não param de surgir para facilitar o trabalho docente, mas é preciso encontrar aquelas que atendam as necessidades locais do processo ensino e aprendizagem, pois para utilizá-las é necessário conhecer as variáveis que permitam planejar o processo educativo de modo a facilitar a aprendizagem, e torná-la significativa para o aluno.

As ferramentas tecnológicas servem como um caminho para a discussão, reflexão e compreensão de um conteúdo, de uma prática, de uma experiência, enfim, auxiliam no planejamento da ação pedagógica. O avanço da tecnologia mudou radicalmente o universo de inúmeras profissões, e é de admirar que o mesmo não tenha ocorrido no campo que representa a base do conhecimento; o ENSINO (PRADO, 2017).

As inovações geram angústias e resistências, pois sair da zona conforto mexe com situações que estão afionadas de modo tradicional, no qual o professor é quem domina o saber. Essa resistência à mudança, não contribui para que ocorra remodelação do processo, e para que a aprendizagem se dê de forma horizontal e igualitária. A dialogicidade é a discussão entre o educador e o educando, mas de uma maneira horizontal e igualitária sem que o professor seja o “comandante”, pois não existe saber absoluto e, sim saberes diferentes (FREIRE, 2015).

Durante as apresentações das metodologias, e na prática com as ferramentas se observou, nas falas as dificuldades e a resistência em compreender sobre o sentido

do planejamento pedagógico, e sua aplicação como um instrumento de aprendizagem significativa a ser, implementado a partir do conhecimento já existente e vice-versa.

Percebe-se uma curiosidade por parte da maioria, mas uma dificuldade em entender como aplicar e, como avaliar dentro desse novo contexto. Nesse momento, surgiram falas sobre outros caminhos, como a metodologia problematizadora, formulário do Google docs, estudos de caso, participação das atividades propostas; questionários do AVA-Moodle URISAN, entre outros. Ao final do encontro de formação e da apresentação de práticas com as ferramentas propostas, verificou-se que os docentes estavam mais confiantes e dispostos a experimentar em suas práticas pedagógicas, os métodos apresentados. Relataram a importância de dar continuidade a essa formação e das trocas de saberes entre os participantes, a fim de contribuir para a qualificação do ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desse processo de formação se percebeu a importância e a contribuição que a promoção de ações de educação permanente traz para a melhoria no desenvolvimento do sistema de saúde, levando os docentes a refletir sobre suas práticas cotidianas e, sobre a necessidade de se inserir nas diversas mudanças que as tecnologias de informação e comunicação nos impõem, a fim de tornar os métodos de ensino mais atrativos e significativos para os jovens.

É importante dar continuidade a esse estudo, com o objetivo de verificar as atividades desenvolvidas a partir dessa ação formativa e, as dificuldades encontradas para sua implantação.

Diante disso, salienta-se a necessidade das instituições de ensino e governamentais criarem novos espaços para programas de educação permanente, proporcionando suporte para a construção e, o fortalecimento do conhecimento pedagógico dos docentes das áreas da saúde. E com isso, melhorar a prática, introduzir o uso de metodologias ativas e ferramentas de aprendizagem em seu cotidiano, em consonância com a realidade cibernetica e globalizada característica dos jovens estudantes da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CETIC.BR). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nas escolas brasileiras: TIC educação 2015 [livro eletrônico]. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, [editor]. São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016. [citado em 20 jan 2017]. Disponível em: http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_Edu_2015_LIVRO_ELETRONICO.pdf

ESCORSIN, AP; GISI, ML. Formação Continuada do Professor Universitário. **Anais Educare** [Internet]. Disponível em: www.pucpr.br/eventos/educare/educare2008/anais/pdf/94_56.pdf

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Editora Paz e Terra, 42^a ed. Rio de Janeiro, 2005.

LIMA VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface** (Botucatu) [Internet]. 2017 June [cited 2017 Mar 28] ; 21 (61) : 421 - 434. Epub 2016 Oct 27. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>.

MELLO, CCB; ALVES, RO; LEMOS, AS. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**. 2014 Nov-Dez; 16(6):2015-2028

MORAN, J. Mudando a Educação com Metodologias Ativas.[**Coleção Mídias Contemporâneas**]. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II] Carlos Alberto de Souza e Ofelia Elisa Torres Morales (orgs.). PG: Foca Foto-PROEX/UEPG, 2015.

PRADO. A. Porque os educadores precisam ir além do datashow by CEPSF - ISSUU – **E_book**. [citado em: 2017 mar 05]. Disponível em: https://issuu.com/cepsf/docs/porque_os_educadores_precisam_ir_al

SANTOS, SSC; HAMMERSCHMID, KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. 2012, 65 (4).[citado em: 2017 jan 25]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400002>

VALENTE, J A. A Comunicação e a Educação baseada no uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação. **Revista UNIFESO – Humanas e Sociais**. Vol. 1, n. 1, 2014, pp. 141-166.

VILELA, NS; MELO, GF. Ensino Superior: Metodologias Ativas para a Mediação do Conhecimento. **II Congresso de Inovação e Tecnologias Ativa** [Internet]. 2016. [citado em: 2017 fev 04]. Disponível em: <https://congressos.ufmg.br/index.php/congressogiz/congresso-giz/2016/.../103>.

CAPÍTULO 20

SABERES E PRÁTICAS DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

Adriana Lira Rufino de Lucena

Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/Paraíba.

Alinne Cassemiro Inácio

Enfermeira. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/Paraíba.

Suellen Duarte de Oliveira Matos

Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa/Paraíba.

Iraktânia Vitorino Diniz

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

Maria Júlia Guimarães Soares Oliveira

Docente do Departamento de Enfermagem Clínica /Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

Simone Helena dos Santos Oliveira

Docente da Escola Técnica de Saúde (ETS)/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/Paraíba.

RESUMO: OBJETIVO verificar o conhecimento e as atividades de autocuidado desenvolvidas pelos idosos com diabetes mellitus. **MATERIAL**

E MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa, tendo como amostra 27 idosos diabéticos participantes de um projeto de extensão.

RESULTADOS: Os resultados apontaram que a maioria dos entrevistados (51,9%) estavam na faixa etária entre 70-75 anos; (96,3%) eram mulheres; (51,9%) casadas; (59,3%) com ensino fundamental; (100%) sobrevive com uma renda de um salário mínimo. A partir dos relatos dos idosos sobre o conhecimento do DM, foram elencadas quatro categorias: entendimento sobre o diabetes mellitus; representação negativa da doença; conhecimento acerca das complicações do diabetes mellitus; autocuidado frente ao diabetes mellitus.

CONCLUSÃO: Diante dos resultados, percebe-se a necessidade de potencializar estratégias educativas relacionadas à atenção à saúde do idoso, não só objetivando o cuidado e a preservação da autonomia, mas também, o desenvolvimento de atividades preventivas, com intuito de adiar as complicações decorrentes do diabetes mellitus.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Autocuidado; Diabetes Mellitus; Cuidado de Enfermagem; Complicações.

INTRODUÇÃO

A incidência e prevalência das doenças crônicas em todo o mundo vem ocorrendo devido á fatores como o envelhecimento crescente da população, a adoção de estilos e hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo,

as mudanças sociais e comportamentais, e, por vezes, a obesidade mórbida. Entre as mais presentes, o diabetes mellitus se destaca como uma importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos (IDF, 2014), por afetar de forma significativa o desempenho de suas atividades diárias e o autocuidado, devido a diminuição da sua capacidade funcional (MATOS et al., 2014) onde, irá exigir dos profissionais de saúde, maior atenção e rigor no cuidado clínico para impedir complicações agudas e crônicas.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013 no Brasil, as mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção do diagnóstico de DM que os homens (5,4%) e, em relação à faixa etária, quanto mais elevada à idade, maior o percentual, variando de 0,6% para aqueles de 18 a 29 anos; 19,9% entre 65 a 74 anos; e 19,6% acima de 75 anos (IBGE, 204).

Diante do contexto, percebe-se a necessidade de proporcionar estratégias que estimulem o desempenho do autocuidado, para evasão do surgimento de agravos. Acredita – se que o desenvolvimento de ações educativas pode auxiliar a pessoa diabética e seus familiares (PETERMANN et al., 2015).

Desse modo, é preciso estimular à pessoa com diabetes, adaptar-se as modificações exigidas para o controle metabólico, estimulando o autocuidado, ação primordial para manter a condição de saúde estável e aprimorar a qualidade de vida (BOTH et al., 2014). O autocuidado está diretamente relacionado com as habilidades, limites, valores e cultura do próprio indivíduo. Trata-se de um comportamento pessoal, porém não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com os fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários, como também, relacionados aos serviços de saúde (GOMIDES et al., 2013).

A gestão do autocuidado também apresenta complexidades adicionais que abrangem problemas específicos como: idade, dependência, mobilidade/cognição prejudicada e a falta de escolaridade. Estes fatores podem ser limitadores de acesso aos cuidados, influenciando no estado de saúde do idoso (TAMQUEIRO, 2013).

A (re) orientação da pessoa com diabetes quando adaptada ao conjunto socioeconômico e cultural, harmoniza a informação, habilidades, atitudes e motivação para o tratamento, podendo controlar a enfermidade e, assim, oportunizar melhor qualidade de vida (BOAS et al., 2011).

Sendo assim, diante do aumento da expectativa de vida e da incidência do diabetes no idoso, estabeleceu-se as seguintes questões norteadoras: Qual o conhecimento de idosos sobre o diabetes mellitus? Quais as ações de autocuidado que os idosos realizam para manter o controle do diabete mellitus? Para tanto, esse estudo buscou verificar o conhecimento e as atividades de autocuidado desenvolvidas por idosos diabéticos.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado mediante abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em um Projeto de Extensão desenvolvido pelos docentes e discentes de uma Instituição de Ensino Superior, localizada no município de João Pessoa – PB. O projeto tem como objetivo, desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção à saúde na população geriátrica, por meio de atividades educativas e sociais, como também, atua na sistematização de conhecimentos, contribuindo para o ensino e a pesquisa. Foi realizado nos meses de março e abril do ano de 2016.

Participaram do estudo 27 idosos, tendo como critérios de inclusão: ter diagnóstico clínico de diabetes mellitus; estar em uso de medicamento para controle; estar realizando acompanhamento contínuo com a enfermagem na unidade de saúde o qual está cadastrado. Ressalta – se que todos receberam orientação a respeito do estudo e ficaram livres para aceitar ou recusar a sua participação na entrevista.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, a qual foi norteada por um instrumento semiestruturado, contendo dados sócio demográficos e questões voltadas para a problemática. Para proceder à análise do material coletado utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). Optou-se por adotar essa técnica por ser aplicável a discursos diversificados, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Vale ressaltar, que para manter o sigilo dos discursos dos entrevistados, estes foram codificados em P de participantes e seguido de um número, que foi 01 ao 27.

O presente estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 sob Protocolo nº10/16.(BRASIL, 2012), como também pela Resolução que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 311/2007 (COFEN, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados apontaram que a maioria (14) dos participantes possuíam entre 70 a 75 anos, (26) do sexo feminino. Em relação ao estado civil, (14) afirmaram ser casados, (16) haviam cursado o ensino fundamental. Verificou-se também que a renda familiar de todos os participantes (27) era de um salário mínimo. Referente ao alcoolismo, foi identificado que (22) não fazem uso de álcool.

A partir dos discursos dos entrevistados foram elencadas quatro categorias: **entendimento sobre o diabetes mellitus; representação negativa da doença; conhecimento acerca das complicações do diabetes mellitus; autocuidado frente ao diabetes mellitus.**

Na categoria **entendimento sobre o diabetes mellitus** observou-se, que o

conhecimento sobre o diabetes não corresponde ao real significado dessa doença, pois os relatos apontam que essa doença se desenvolve apenas em decorrência do consumo excessivo de açúcar ou do aumento das taxas de glicoses no sangue, conforme pode-se observar a seguir.

"Eu sei que foi um descontrole meu [a causa da doença], porque comia muito doce [...] exagerei muito na minha alimentação. Eu entendo que estou mal e que essa doença é no sangue e é uma doença grande" (P1).

"Eu entendo que é muito açúcar no sangue, e quando a pessoa faz muita traquinagem e come muita coisa que não pode comer aí pega o diabetes" (P6).

"É um problema no sangue porque está com muito açúcar nele. Só sei que se dá por a pessoa comer descontroladamente e tem a ver com açúcar no sangue e precisa de controle" (P16).

É importante que a pessoa diabética comprehenda como se desenvolve essa enfermidade, visto que, o conhecimento implica diretamente na forma de enfrentamento dos riscos e agravos o qual estão expostos. Para tanto, se faz necessário maior interação com os profissionais de saúde e familiares, para que assim, possa surgir o compartilhamento de experiências entre o saber popular, técnico e científico (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Essa implementação terapêutica permitirá que a pessoa diabética seja protagonista do seu autocuidado e, assim, programe mudanças no seu estilo de vida (GOMIDES et al., 2013). Essas mudanças cuidativas baseada em novas formas de aprendizagem tem sido reconhecida como uma estratégia de promover saúde, visto que, visualiza às necessidades intrínsecas e oportuniza a gestão do cuidado baseado nas necessidades individuais e coletiva (CHAVES; TEXEIRA; SILVA, 2013).

Nesse sentido, estudo aponta para a relevância de os enfermeiros conhecerem as características de sua clientela, assistir de acordo com as necessidades individuais, implementando cuidados baseados na condição de saúde, dialogando quanto às suas práticas e atitudes no manejo da doença (SILVA; RIBEIRO; SOUSA, 2015).

Cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de compartilhar e realizar ações concretas de educação em saúde que envolvam o conhecimento da patologia, os fatores que interferem no estado de saúde, o monitoramento ao controle glicêmico, tratamento farmacológico e não farmacológico e o estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2013).

A categoria **representação negativa da doença** demonstrou a percepção dos entrevistados sobre o diabetes *mellitus*, descrita pela restrição alimentar, rotina de cuidados diários e por ser uma enfermidade sem cura.

"[...], representa que eu estou doente, eu comecei achar que não teria mais saúde e é verdade, pois não tenho mais. Não tenho a mesma saúde de antigamente. Percebi que minha vida e minha rotina mudou, e, quando eu descobri achei que ia morrer" (P23).

"Representa uma infelicidade em minha vida, uma coisa terrível, porque deixei de comer muita coisa que eu gosto, porque estou doente" (P8).

"Foi uma coisa ruim na minha vida, porque sei que estou doente e sei que não tem cura (P18).

[...] uma prisão na minha vida, porque não posso comer nada" (P9).

"Foi ruim [o diagnóstico da doença], porque me proibiu de muitas coisas, o que eu fazia não faço mais, o que eu comia não como mais, foi uma mudança na minha vida por completo"(P12).

Viver com o diabetes envolve questões complexas, que exige da pessoa o manejo em conciliar e conviver com a rotina terapêutica, os relacionamentos familiares e trabalhistas, adaptação de sentimentos e implementação de cuidados.

A disposição da pessoa diabética em realizar o controle da doença, necessita pôr em prática atitudes saudáveis como a readequação do estilo de vida, com ênfase em um plano alimentar adequado para as necessidades fisiológicas e metabólicas (ADA, 2015).

A presença de sentimentos e opiniões negativas em relação ao diabetes, deve –se ao fato da cronicidade. Estudo apresenta que o tratamento prolongado apresenta baixa adesão, devido o período prolongado da terapêutica. Segundo a organização mundial da saúde, 50% da população geral não aderem aos tratamentos de longo prazo (TAVARES et al.,2016).

Entende-se por adesão, os hábitos adquiridos pelo indivíduo como medida de terapia, seguir um plano nutricional, realizar atividade física para manter o peso corporal adequado e aliviar a ansiedade e estresse, fazer uso medicamento diário. No entanto, fatores como ausência de estímulo familiar, baixa condição financeira, compreensão da doença, pouca interação e comunicação ineficaz com os profissionais de saúde, favorecem a não adesão (FARIA et al., 2014).

Diante da magnitude desta doença e das repercussões no estilo de vida do indivíduo, percebe-se a importância da participação dos profissionais da saúde na assistência a essas pessoas, construindo alternativas de planejamento voltado para o cuidado, estabelecendo parcerias com os familiares de maneira a criar vínculos, ampliando o conhecimento acerca do manejo da doença, e nas tomadas de decisões referentes à formação de um cuidado integral e contínuo (BELTRAME et al., 2012).

A categoria o **conhecimento acerca das complicações do diabetes mellitus** foi elencado a partir dos relatos dos participantes acerca das complicações que podem surgir a partir do descontrole da doença, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

"Secura na boca, lábios secos, fraqueza, se sofrer uma pancada demora muito a sarar, se sente muito mal, dor na cabeça, tremura nas pernas, esmorecimento, ansiedade sem controle (P14).

Tontura, fraqueza, mal-estar, tremor nas pernas, boca azeda, dor de cabeça, mal-estar e vontade de vomitar"(P4).

"Eu fico logo tonta, fraca e sem força nas pernas. E se não se cuidar futuramente

pode vim grandes problemas como a cegueira, amputação e até a morte" (P26).

"Fico fraca, as pernas tremem, tonta, minha visão começar a tremer e escurecer, mal-estar e também boca seca e amargando"(P5).

Nos discursos relatados anteriormente, nota-se uma limitação no conhecimento das complicações do diabetes, talvez pela ausência de sinais e sintomas mais evidentes, característicos destas complicações na fase inicial. Tal fato pode estar associado à ausência das práticas de educação em saúde que englobam as complicações em curto prazo como hiperglicemia, hipoglicemia, cetoacidose, e as complicações de longo prazo como retinopatias diabéticas, doenças cardiovasculares, nefropatias, neuropatias e problemas com os vasos sanguíneos que podem reduzir o fluxo de sangue em muitas partes do corpo, inclusive olhos, rins e nervos, síndrome hiperosmolar (SMELTZER et al., 2015).

O cuidado preventivo pode ajudar a controlar ou evitar todas essas complicações do diabetes *mellitus* visto que quanto melhor o controle dos níveis de açúcar no sangue, menor o risco de desenvolver algum problema. Nesse sentido, salienta-se que a realização de exames periódicos é fundamental para que os indivíduos possam descobrir se possuem ou não o diabetes, atuando assim, de forma precoce, favorecendo o tratamento a ser realizado (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, percebe-se que o tratamento do diabetes *mellitus* é complexo e difícil, podendo acarretar dificuldades na adesão para o controle, consequentemente, aumentando as chances de complicações (COSTA et al., 2011).

Na categoria **autocuidado frente ao diabetes mellitus** evidenciou que os participantes consideram como atitudes necessárias para cuidar-se bem frente à doença em questão. Os entrevistados convergiram ao citar como cuidados a restrição aos doces, acompanhamento médico, ingestão de medicamentos e a prática de exercícios físicos.

"Não comer açúcar, nem massas. A coisa que não se pode comer deve evitar, fazer exercício físico, caminhada e ir ao médico" (P22).

"Tomar os remédios na hora certa, evitar doce, fazer caminhada, evitar ter uma vida sedentária e ter controle todos os dias em tudo" (P21).

"Tem que tomar a medicação, tem que fazer os exames para se cuidar, caminhar e comer de forma saudável" (P6).

O autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que as pessoas realizam em seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Trata-se de um comportamento pessoal, que influencia na saúde do indivíduo, porém não se realiza de forma eficaz de maneira isolada, mas é necessário atuar em conjunto com os fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde (SANTOS; GUERRA; SILVA, 2015).

Destarte, o acesso às informações sobre a saúde tem papel decisivo no controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que afetam a população

e, em especial, os idosos. A qualidade das informações recebidas pelos idosos é fundamental para a mudança de comportamento e hábitos de vida, principalmente no tocante à prevenção dos fatores de risco,⁽²⁴⁾ agregando conhecimentos, incentivando a adesão no seguimento do tratamento, principalmente no que se refere à prevenção das complicações, sejam estas agudas ou crônicas, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico e pressórico (ALVES et al., 2016).

A prática de educação em saúde está ligada ao cotidiano do enfermeiro que atua na rede pública de saúde. Sabe-se que, para a realização dessas práticas, é preciso que o profissional conheça a si mesmo, para que possa entender e compreender o outro, pois educar é ensinar e aprender diariamente. Nesse sentido, deve-se respeitar o conhecimento do outro, compartilhar ideias e experiências, possibilitando a construção de novos saberes para a melhoria na qualidade de vida dos idosos diabéticos (SILVEIRA et al., 2015).

CONCLUSÕES

Os dados obtidos nessa investigação mostraram que o conhecimento dos idosos sobre a sintomatologia e as complicações do diabetes mellitus ainda são restritos, já as medidas adotadas para o autocuidado, referentes ao uso de medicamentos e cuidados com os pés, são satisfatórias, porém, percebe-se a necessidade de investir em orientações e ações mais pontuais para sensibilizar e convencer os pacientes sobre os hábitos alimentares e físicos.

Sabe-se que a ampliação do aprendizado pode favorecer a aquisição de hábitos saudáveis na família. Desse modo, comprehende - se que a educação em diabetes *mellitus* deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no paciente e nos equipamentos sociais, pois quando o paciente encontra essa rede de apoio há uma maior efetividade no processo educativo.

Nesse contexto, vale ressaltar que a enfermagem desempenha um papel importante na promoção de ações para o controle glicêmico, apesar disso o estudo apontou a necessidade de potencializar estratégias de ações educativas relacionadas à atenção à saúde do idoso, não só objetivando o cuidado e a preservação da autonomia, mas também o desenvolvimento de atividades preventivas, com o intuito de adiar e até, se possível, eliminar as complicações decorrentes do DM.

As práticas educativas desenvolvem nas pessoas diabéticas a ampliação do conhecimento e o emponderamento para o autocuidado. A dinâmica utilizada no projeto de extensão estimula a relação interpessoal, facilita a discussão entre as pessoas com os mesmos objetivos e possibilita a troca de experiências e informações, auxiliando no entendimento dos cuidados. Porém, percebeu-se a necessidade de ampliar também o uso das metodologias ativas, buscando-se trabalhar com subgrupos, para facilitar a comunicação e o aprendizado, como também, utilizar mais materiais didáticos (vídeos, música, cartazes, jogos), instrumentos que possam sensibilizar os idosos, aflorando

sua criatividade e o desejo de aprender mais, conquistando, assim, aliados para o controle da patologia.

Autor correspondente:

Adriana Lira Rufino de Lucena

E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com

Rua Durval Ribeiro de Lima, 100 Bloco D, Apt. 601 – Miramar

CEP 58032-035 João Pessoa

REFERÊNCIAS

International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas** [Internet]. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014. [cited 2016 maio 29]. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.

Mattos, I. E; do Carmo, C. N; Santiago, L. M; Luz, L. L. **Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study.** BMC Geriatric [Internet]. 2014 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943811/> Acesso em: 2018 fev 27.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepções do estado de saúde, estilo de vidas e doenças crônicas.** Rio de Janeiro. 2014 Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf> Acesso em: 2018 fev 28.

Petermann, X. B; Machado, I. S; Pimentel, B. N; Miolo, S. B; Martins, L. R; Fedosse, E. **Epidemiologia e cuidado à diabetes mellitus praticado na atenção primária à saúde: uma revisão narrativa.** Saúde, Santa Maria [Internet], n. 41, v. 1, p. 49-56, 2015.

Both, J. E; Beuter, M; Perrando, M. S; Silva, M. S; Bruinsma, J. L. Rocha, L. S. **Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2014 Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude / article/view/2241](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2241). Acesso em: 2018 fev 28.

Gomides, D. S; Villas-Boas, L. C. G; Coelho, A. C. M; Pace, A. E. **Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores.** Acta Paulista de Enfermagem. n. 26, v. 3, p.289-93, 2013.

Tanqueiro, M. T. D. O. S. **A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura.** Revista de Enfermagem Referência. n. 3, p.9, p.151-60, 2013.

Boas, L. C. G. V; Foss, M. C; Freitas, M. C. F; Torres, H. C; Monteiro, L. Z; Pace, A. E. **Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus.** Texto & Contexto Enfermagem n. 20, v. 2, p.272-79, 2011.

Bardin, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70; 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n º 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf> Acesso em: 2018 fev 28.

COFEN. **Resolução COFEN-311/2007.** 2007 Disponível em: [http://www.corensc.org.br/docum entacao2/Res31107.pdf](http://www.corensc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf). Acesso em: 2017 nov 15.

Oliveira, K. C. S; Zanetti, M. L. **Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um**

Chaves, M. O; Teixeira, M. R. F; Silva, S. E. D. **Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem.** Rev Bras Enferm 2013; n. 66, p. 2, p. 215-21, 2013.

Silva, J. M. C; Ribeiro, V; Sousa, P. P. **Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto.** Enfermería Global. n. 37, p. 384-99, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta de atenção básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf Acesso em: 2017 nov 15.

ADA- American Diabetes Association. **Standards of medical care in diabetes. Diab care 2015. Jan;37(Suppl 1).** Apud SBD – Sociedade brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo, 2016.

Tavares, N. U. L; Bertoldi, A. D; Mengue, S. S; Arrais, P. S. D; Luiza, V. L; Oliveira, M. A. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico .de doenças crônicas no Brasil.** Rev Saúde Pública[Internet]. n. 50, p. 2, n.1-10, 2016.

Faria, H. T. G; Santos, M. A; Arrelias, C. C. A; Rodrigues, F. F. L; Gonela, J. T; Souza, C. R. **Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP. n. 48, p. 2, p. 257-63, 2014.

Beltrame, V; Brugnerotto, M; Trentini, M; Madureira, A. S. F. **A convivência com diabetes mellitus tipo 2.** Saúde Meio Ambiente. n.1, p.1, p.105-16, 2012.

Smeltzer, S. C et al. (eds.). Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem.** Brasília, 2011 Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf Acesso em: 2018 nov 15.

COSTA, J. Á; BALGA, R. S. M; ALFENAS, R. C. G, COTTA, R. M. M. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. n. 6, v. 3, p.2001-09, 2011.

SANTOS, I. A; GUERRA, R. G. M; DA SILVA, L. A. **Categorias de autocuidado entre pessoas idosas com diabetes: estudo sociopoético.** Revista Enfermagem UERJ. n. 23, v. 2, p.216-21, 2015.

ALVES, M. S; ARAÚJO, M. C. F; NASCIMENTO, M. P; RIBEIRO, F. C; REBOUÇAS, P. T; SANTOS, T. A. **Grupo terapêutico com idosos sobre o autocuidado nas doenças crônicas.** Journal of Health Sciences. n. 18, v.1, p. 48-51, 2016.

SILVEIRA, G. L; RAMOS, J. L. S; FREITAS, G. L. S; RODRIGUES, K. L; BRITO, R. N; SERAFIM, S. C; MACHADO, M. F. A. S; BEZERRA, I. M. P. **Atuação do enfermeiro frente à adesão de idosos ao tratamento de diabetes.** Revista E-Ciência. n. 3, v.1, p. 48-53, 2015.

SITUAÇÃO PROBLEMA NO EXAME FÍSICO EM CLIENTES HEMATOLÓGICOS: UMA VISÃO DO ENFERMEIRO

Vinicius Rodrigues de Souza

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Gisella de Carvalho Queluci

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Amanda Ribeiro Mendonça

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Suelem Couto Frian Dias

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Juliane da Silveira Jasmim

Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro

Leylane Porto Bittencourt

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

pesquisa foram obtidos através de uma entrevista com os participantes da pesquisa que continham perguntas referentes ao perfil profissional, realização do exame físico na prática diária, além das perguntas voltada a situação problema apresentada de um paciente. **Resultados:** Identificamos que todos os enfermeiros realizam o exame físico durante a visita diária aos clientes. Além disso, citaram o sangramento como principal sinal de alarme nos clientes hematológicos, devido à complexidade fisiológica da doença. Relataram enquanto problemas na situação apresentada, as alterações fisiológicas definidas como problemas evidentes, porém deram mais ênfase aos problemas não evidentes, contemplados pela questão emocional, ambiental e de comunicação. Reconheceram o ambiente como um fator totalmente relacionado a uma assistência de saúde de qualidade, e que os problemas emocionais impactam na interação do cliente e enfermeiro. **Conclusão:** A identificação correta dos problemas apresentados pelos clientes hematológicos, através de uma avaliação clínica cuidadosa, torna-se fundamental para o desenvolvimento de ações que favoreçam uma melhora na qualidade da assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Exame Físico; Hematologia.

ABSTRACT: **Objective:** Analyze the physical

RESUMO: **Objetivo:** analisar o exame físico do enfermeiro nas situações problemas de clientes hematológicos e discutir o exame físico em uma perspectiva situacional como contribuição ao ensino de enfermagem. **Metodologia:** Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, cujo cenário foi um Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa foram dez enfermeiros atuantes no cuidado aos clientes hematológicos. Os dados da

examination of the nurse in the situations of haematological clients and discuss the physical examination from a situational perspective as a contribution to nursing teaching. **Methodology:** A descriptive and exploratory research with a qualitative approach, whose setting was an Hematology and Hemotherapy Institute of Rio de Janeiro. The participants of the research were ten nurses working in the care of haematological clients. The data of the research were obtained through an interview with the participants of the research that contained questions related to the professional profile, physical examination in daily practice, besides the questions regarding the presented problem situation of a patient. **Results:** We identified that all nurses perform the physical examination during the daily visit to the clients. In addition, they cited bleeding as the main alarm signal in haematological clients due to the physiological complexity of the disease. They reported as problems in the presented situation, the physiological changes defined as evident problems, but they gave more emphasis to the not evident problems, contemplated by the emotional, environmental and communication issue. They recognized the environment as a factor fully related to quality health care, and that emotional problems impact on client and nurse interaction. **Conclusion:** A identificação correta dos problemas apresentados pelos clientes hematológicos, através de uma avaliação clínica cuidadosa, torna-se fundamental para o desenvolvimento de ações que favoreçam uma melhora na qualidade da assistência à saúde.

KEYWORDS: Nursing; Physical exam; Hematology.

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem representa o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias a realização do cuidado e para documentar a prática profissional. As etapas contempladas no método científico denominado Processo de Enfermagem, são atividades privativas do enfermeiro e servem para a identificação das situações de saúde/doença, consistindo das seguintes fases: histórico incluindo o exame físico, diagnóstico, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem, que são a base das ações da assistência. Estas contribuem para a prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da sua família e da comunidade, melhorando de maneira mais ampla a qualidade do cuidado (COFEN, 2009).

Sendo assim, o exame físico precedido pela anamnese compõe a fase do histórico de enfermagem. Refere-se a uma revisão cefalocaudal do corpo humano para a investigação de cada sistema corporal do paciente, por meio da inspeção, da palpação, da percussão, da ausculta, do olfato e do uso de alguns instrumentos e aparelhos, fornecendo informações objetivas sobre ele e permitindo que o enfermeiro faça julgamentos clínicos (POTER PERRY, 2013).

No que tange a avaliação de pacientes com alterações hematológicas, esses apresentam agravos ao sistema imunológico que advêm tanto da própria patologia

quanto do regime terapêutico. Logo, a atuação do enfermeiro deve visar à prevenção e a detecção precoce das complicações, pontos fundamentais da assistência com vistas a garantir a sobrevida do paciente.

Diante disso, o enfermeiro ao realizar o exame físico não deve ser mero executor da técnica ou cumpridor de tarefas. É importante buscar uma relação interpessoal, na qual tem importância não só os conhecimentos relativos à doença, como também aspectos humanísticos, éticos e sociais. Nesse contexto, necessário que o enfermeiro realize o exame físico a partir de uma visão mais holística e abrangente, identificando situações que extrapolam o plano fisiológico. A ampliação do foco da compreensão sobre a realização do exame físico contribui para se colocar em prática os novos enunciados e visibilidades de um paradigma emergente na saúde que considera a complexidade, a transdisciplinaridade e a relevância das ações de enfermagem na sociedade.

Sabe-se que, na prática diária do enfermeiro, seu cliente necessita de cuidados fundamentados em conhecimentos específicos que determinam as intervenções de enfermagem visando à resolução dos problemas encontrados, em uma perspectiva profissional. Nas instituições de saúde, os enfermeiros, ao prestarem assistência, deparam-se com uma realidade na qual a população requer medidas de cuidado, que envolvem, antes de tudo, a identificação e resolução dos problemas de saúde dos clientes. Assim, a aprendizagem relacionada ao cuidado baseado nas necessidades do cliente se faz necessária. Isto porque os enfermeiros, estando comprometidos com o desenvolvimento do cuidado supracitado e simultaneamente trabalhando com competência, são capazes de mudar as situações de saúde apresentadas. Ou seja, por meio do conhecimento, acabam por reformular sua prática profissional, contribuindo, então, para mudanças qualitativas nas situações do cliente.

Destas situações citadas, pode-se considerar que confere à Enfermagem o sentido de problema aquilo que precisa ser solucionado pelo enfermeiro. Nestes determinantes, a expressão “situação-problema” envolve muitos elementos, abrangem aspectos que transcendem o que se pode perceber, o que conhecemos ou vivenciamos em qualquer momento da vida (CARVALHO, 2006).

Na definição de Carvalho e Castro (1985), situações de enfermagem “(...) são o conjunto de circunstâncias da realidade espacial e temporal que afetam a saúde de indivíduos, grupos ou comunidades e em cuja esfera ocorre o encontro do enfermeiro com seu cliente”. Com isso, nota-se que as situações problema diferem, às vezes, quanto ao grau de complexidade não apenas porque são relacionadas com a sintomatologia do cliente, mas talvez pela soma das dificuldades na proporção de elementos presentes na trama do que ocorre em torno do cliente, elementos percebidos na experiência prática e que dão o sentido de problema à situação de enfermagem – entendida também como situação clínico-assistencial - que envolve o cliente, com certo grau de complexidade.

Logo, pode-se perceber que a concepção de situação-problema engloba

fatores intrínsecos e extrínsecos na prática diária dos enfermeiros. A aplicação dessa metodologia auxilia nas decisões e intervenções de enfermagem, melhorando a realização dos cuidados na prática de enfermagem.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar o exame físico do enfermeiro nas situações problemas de clientes hematológicos e discutir o exame físico em uma perspectiva situacional como contribuição ao ensino de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. O cenário da pesquisa foi um hospital centro de referência de doenças hematológicas do estado do Rio de Janeiro, que comporta a assistência para clientes com doenças hematológicas em caráter ambulatorial e hospitalar, além de realizar captação de doadores de sangue.

A população foi composta por enfermeiros atuantes no cuidado a clientes hematológicos presente em um setor de internação adulto. No que se refere à população alvo, esta foi composta por dez enfermeiros, visto ser o número total dos profissionais atuantes no setor de internação referido. Como critérios de inclusão, foram selecionados enfermeiros inseridos no cenário do estudo há mais de um ano, que aceitassem participar da pesquisa e prenchessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram exclusos aqueles que não atenderam aos critérios pré-estabelecidos.

Os dados aqui apresentados foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do cenário do estudo com o número 77748717.9.0000.5267, cumprindo a Resolução 510/16.

A coleta de dados ocorreu nos meses de Outubro a Dezembro de 2017. Durante as entrevistas realizadas, os participantes responderam perguntas como sexo, idade; tempo de atuação como enfermeiro, experiência na área de hematologia e títulos de pós-graduações com o fim de caracterizar os. Além disso, o conhecimento dos enfermeiros acerca do exame físico do cliente hematológico e os fatores influenciáveis nesse procedimento foram obtidos através dos seguintes questionamentos: Você realiza o exame físico na sua prática diária? Em qual momento?; O que considera imprescindível no exame físico de um cliente hematológico? Quais fatores da prática assistencial podem interferir na realização do exame físico pelo enfermeiro? De que forma o ambiente, no qual o cliente encontra-se inserido, interfere no processo saúde-doença e no cuidado da Enfermagem? Como os fatores emocionais, psicológicos e sociais se relacionam com os demais problemas do paciente e/ou com situações vivenciadas na prática do cuidar do Enfermeiro?

As entrevistas para a discussão das questões pedagógicas foram realizadas individualmente e tiveram duração média de 30 minutos, sendo gravadas mediante autorização dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao sexo, encontramos uma participação majoritariamente de mulheres, com um número de 9 enfermeiras e 1 enfermeiro. A enfermagem tradicionalmente contribui para a feminilização da saúde e os dados da pesquisa *Perfil da Enfermagem no Brasil* (2016) confirmam que a equipe é predominantemente feminina, correspondendo a 85,1% da força de trabalho. A masculinização começou a ser visualizada de forma mais acentuada apenas após o ano de 2005.

Percebeu-se que grande parte dos participantes concluiu a Graduação em Enfermagem após o ano de 2008. Apenas dois enfermeiros possuem uma formação mais recente, no ano de 2014. Logo, percebe-se que todos os participantes foram formados após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais que ocorreu no ano de 2001, facilitando com isso a interação nas questões pedagógicas da situação problema.

Observou-se que o recorte temporal de experiência dos enfermeiros varia de 3 a 10 anos de atuação na área. Dos 10 participantes do estudo, 8 apresentam um tempo de experiência acima de 4 anos. Sendo assim, nota-se uma considerável experiência por parte dos enfermeiros atuantes no local do estudo.

Dentre as especializações dos participantes, foi possível identificar que 9 dos participantes possuem ao menos uma Pós Graduação Latu Sensu, enquanto 2 participantes possuem Pós Graduação Latu e Stricto Sensu em nível de Mestrado. Apenas 1 enfermeiro participante não possui títulos de pós graduação.

Notou-se que, dos 10 enfermeiros entrevistados que atuam nos setores de internação há mais de um ano de um Instituto de Hematologia e Hemoterapia, nenhum possui especialização na área. Isso é reflexo de um recrutamento e seleção de recursos humanos por meio de concurso público, no qual a exigência mínima era possuir a Graduação em Enfermagem.

No que tange as respostas dos participantes em relação ao conhecimento dos enfermeiros acerca do exame físico do cliente hematológico mediante uma situação problema aplicável, identificou- se que 100% participantes responderam que realizam o exame físico na sua prática profissional. Além disso, a maior parte respondeu sobre a realização do procedimento durante a visita diária.

Em relação à questão pedagógica que abordava o principal componente que deve ser identificado pelo enfermeiro durante a execução do exame físico do cliente hematológico, encontramos que o sangramento foi à resposta mais verbalizada pelos participantes. Também foi possível encontrar respostas voltadas a identificação de sinais e sintomas de anemia, infecção e avaliação da dor. A inspeção e palpação abdominal também foram abordadas devido ao aparecimento de Sequestro Esplênico como complicaçāo da Anemia Falciforme no cenário do estudo.

De acordo com Barreto, Santos e Silva (2014), os clientes hematológicos podem apresentar sinais e sintomas variados, decorrentes de alterações em diversos sistemas

orgânicos, pois as modificações presentes na crase sanguínea geram distúrbios na nutrição, oxigenação, coagulação e sistema de defesa do organismo, provocando muitas vezes fraqueza, debilidade física, emagrecimento, febre, lesões ulcerativas de pele e mucosas, parestesias, dores, sangramentos e infecções.

Em se tratando dos fatores encontrados na prática assistencial do enfermeiro que podem interferir na realização do exame físico, relataram a sobrecarga de atividades e o déficit de recursos materiais nas unidades. Além disso, abordaram a comunicação como uma interferência no exame físico. Alegaram que essa é um ponto primordial na realização do exame físico. O enfermeiro deve estar preparado a praticar uma boa comunicação com o cliente, gerando um sentimento de segurança e empatia, e dessa forma, vindo a realizar suas atividades que muitas das vezes não são agradáveis para o cliente, por exemplo o exame físico com suas manipulações e exposições necessárias para a execução da técnica.

Ao serem indagados em como o ambiente interfere no processo saúde doença e no cuidado de enfermagem, os participantes identificaram como um fator totalmente relacionado a uma assistência de saúde de qualidade. Mostraram que, dentre todos os requisitos necessários e úteis à melhora do estado de saúde de um cliente, o ambiente deve ser levado em consideração devido a sua repercussão positiva quando se pensa em melhorar a praticado cuidado e prognostico dos clientes.

Alguns elementos têm particular importância para a manutenção de um ambiente saudável, no sentido de facilitar o processo de cura e o viver saudável. Dentro eles, podemos destacar: a ventilação, com relação à provisão de ar fresco e puro; a iluminação, envolvendo a claridade e a luz solar direta; o calor, especialmente relacionado a evitar o resfriamento dos pacientes; a limpeza, fazendo referência já à prevenção de infecções; os ruídos, enfatizando a necessidade de manter-se silêncio; os odores e a alimentação (NIGHTINGALE, 1989)

Quando perguntados de que forma os fatores emocionais, psicológicos e sociais se relacionam com situações vivenciadas na prática do cuidar do enfermeiro, os participantes responderam que os aspectos emocionais e psicológicos como medo da morte, reclusão, baixa autoestima devido a complicações do tratamento, entre outras, quando não tratados de forma correta, podem interferir radicalmente no prognóstico desse cliente.

Sendo assim, a resolução dos problemas do cliente e o ensino na terapêutica clínica dependerão da maneira de como esse cliente será abordado pelos profissionais da equipe multiprofissional. Informaram que paciência e atenção são aspectos fundamentais para o sucesso terapêutico.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foram identificados os principais problemas que podem acometer os clientes hematológicos e que são observados mediante a realização do exame físico

pelo profissional enfermeiro. Ao realizar o cuidado a essa clientela, esses profissionais devem implementar ações que permeiam a melhoria do estado fisiológico do cliente em questão, mantendo a mecânica do corpo, prevenindo e corrigindo as deformidades. Também é importante facilitar a manutenção de um suprimento de oxigênio para todas as células do corpo e reconhecer as reações fisiológicas do corpo às condições da doença, sendo elas patológicas, fisiológicas ou compensatórias.

Além disso, devido à complexidade da doença, bem como todo o tratamento agressivo, os clientes acometidos por distúrbios hematológicas acumulam fatores de natureza emocional, sociológica e interpessoal, que são frequentemente percebidos de maneira incorreta ou não percebidos. É necessário compreender e intervir em problemas decorrentes da comunicação, do ambiente em que se encontram, com sua família, do estado emocional, da interação enfermeiro-cliente durante uma hospitalização, entre outros.

Portanto, a realização do exame físico pelos enfermeiros é uma fase essencial da sistematização da assistência de enfermagem que deve ser executada de forma criteriosa, visando uma atuação profissional científica. A identificação correta dos problemas apresentados pelos clientes hematológicos, através de uma avaliação clínica cuidadosa, torna-se fundamental para o desenvolvimento de ações que favoreçam uma melhora na qualidade da assistência à saúde.

REFERENCIAS

BARRETO, A.B.R., HAACK A., SANTOS A.C.D.S., SILVA, A.P.R.D. **Perfil nutricional de pacientes pediátricos portadores de câncer, internados no Hospital da Criança de Brasília.** Ciências e Saúde. v.24; n.4; p.315-320 ;2014.

CARVALHO, V. **Sobre o projeto para aplicação de novas metodologias ao processo ensino-aprendizagem: a experiência de mudança curricular na Graduação da EEAN/UFRJ.** In: Carvalho V. Sobre enfermagem: ensino e perfil profissional. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ/ EEAN; 2006. p. 159-75.

CARVALHO, V.; CASTRO, I.B. **Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental; um ponto de vista.** Rev Bras Enferm v.38, n.1, p.76-86. 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v38n1/v38n1a11.pdf>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009.

MACHADO, M.H. et al. **Condições de trabalho da enfermagem no Brasil: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** Rio de Janeiro. Saúde para Debate, n. 56, p. 70-78, 2016b.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

POTTER, P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 8^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

VER-SUS: UMA EXPERIÊNCIA EXCEPCIONAL PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Berthiéli Aparecida Menegat

Faculdade Sociedade Educacional Três de Maio
Três de Maio - Rio Grande do Sul

Carlice Maria Scherer

Faculdade Sociedade Educacional Três de Maio
Três de Maio – Rio Grande do Sul

based on a qualitative methodology, has the purpose of discussing the practice of a university student in the field of health provided by the Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) extension project, in order to clarify its relevance as permanent education and training of ethical-professional subjects. The experience took place during ten days in the city of Ijuí, in the northeast of the state of Rio Grande do Sul, and its surroundings, during the first half of 2016. The process of theoretical-practical immersion made it possible to know different health systems emphasized by interdisciplinary and multiprofessional work and the learning process demonstrated the reflection about the professional and citizen training to work in the Unified Health System.

KEYWORDS: Health Unic System; Experience; Professional Qualification.

1 | INTRODUÇÃO

Promulgado por meio da Constituição Federal de 1988 entre seus artigos 196 e 200, o Sistema Único de Saúde (SUS), tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão (BRASIL, 1988). O mesmo, através da descentralização, busca envolver todas as esferas do governo para que, juntas, funcionem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da

RESUMO: O presente relato de experiência, embasado em uma metodologia qualitativa, tem por finalidade discutir a prática de uma estudante universitária no campo da saúde propiciada pelo projeto de extensão Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), de forma a esclarecer sua relevância como educação permanente e formação de sujeito ético-profissional. A vivência ocorreu durante dez dias na cidade de Ijuí, no Noroeste gaúcho, e seus arredores, durante o primeiro semestre de 2016. O processo de imersão teórico-prático possibilitou conhecer diferentes sistemas de saúde enfatizados pelo trabalho interdisciplinar e multiprofissional e o processo de aprendizagem demonstrou a reflexão acerca da formação profissional e cidadã para atuação no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Experiência; Formação Profissional.

ABSTRACT: The present experience report,

população (BRASIL, 1990; SOUZA, COSTA, 2010). Um dos maiores questionamentos e preocupações dos estudantes da área da saúde é a sensação de despreparo e de insegurança para atuarem nos serviços de saúde brasileiros. Inúmeros são os acadêmicos que se queixam de não saber o real funcionamento do SUS (NETO et al., 2013).

Desta forma, destaca-se o projeto de extensão Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) como uma estratégia de educação permanente em saúde, para assim preencher esta lacuna e tentar solucionar este problema (BRASIL, 2009). A este projeto vincula-se, em particular, outra atividade de extensão, o Coletivo AMASUS, que tem seu desenvolvimento na cidade de Ijuí (RS), objetivando aproximar estudantes que tenham em comum, o desejo de conhecer e protagonizar o SUS, e que desenvolve atividades voluntárias sem fins lucrativos.

O VER-SUS constitui, portanto, uma ferramenta estratégica na educação em saúde e na formação de novos profissionais agentes da transformação social requerida na nossa sociedade (WEBER et al., 2016). Logo, este relato de experiência tem como finalidade discutir a prática de uma estudante universitária no campo da saúde propiciada pelo VER-SUS, de forma a esclarecer sua relevância como objetivo de pesquisa, como educação permanente e como formação de sujeito ético-profissional no Sistema Único de Saúde.

2 | METODOLOGIA

O presente relato de experiência foi vivenciado por uma acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem, do nono semestre da Faculdade Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM) de Três de Maio (RS). Este relato possui abordagem qualitativa e baseia-se nas atividades de extensão realizadas através do programa VER-SUS e o Coletivo AMASUS na cidade de Ijuí, Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e seus arredores, totalizando-se dez dias do mês de janeiro de 2016.

Esta edição do estágio contou com a participação de 23 acadêmicos de diversas instituições de ensino público e privado, de diferentes localidades e cursos da área da saúde, dividindo-se entre acadêmicos viventes, acadêmicos facilitadores, comissão organizadora e professores apoiadores e convidados. A seleção dos estudantes para participação do evento ocorreu através do site do VER-SUS conveniado com o Ministério da Saúde.

Este capítulo utiliza-se da narrativa como forma de apresentação das experiências vividas pela universitária na atuação do estágio no campo da saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Tombini (2009) a atenção à saúde deve ser pensada e executada de maneira a cumprir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, havendo a necessidade de revisão da formação em saúde, com modificações e ampliações de métodos de ensino, objetivando formar profissionais voltados à atenção das necessidades em saúde das populações. Na busca pela qualificação da formação profissional para o SUS, os Ministérios da Educação e da Saúde se articulam na criação e proposição de Programas e Projetos, a exemplo do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) (WEBER et al., 2016).

O programa VER-SUS surgiu no ano de 2002, inicialmente na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul como proposta do Ministério da Saúde para fornecer vivências aos estudantes da área da saúde fora do período letivo. Este programa permite aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem de trabalho das organizações e serviços de saúde, entendido enquanto princípio educativo, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004).

Durante os dez dias de experiências promovidas pelo VER-SUS, os acadêmicos se depararam com diversos cenários (Figura 1) e realidades da saúde local brasileira, perpassando desde a atenção primária à secundária, refletindo e discutindo assuntos da atualidade relacionados à saúde, buscando viabilizar soluções, onde foi possível conhecer pessoas de diferentes raças e culturas, entendendo assim o SUS dentro de grupos isolados e de forma geral.

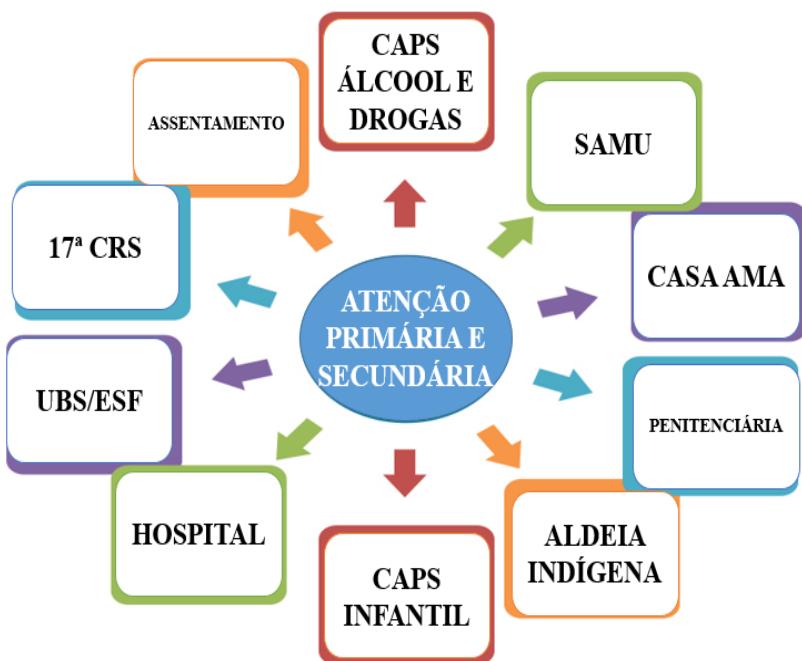


Figura 1 – Diagrama dos locais visitados durante o estágio vivencial.

Os espaços de visitações são assim planejados de forma a garantir o contexto

multifatorial e intersetorial do setor saúde (WEBER et al., 2016). Ainda, de acordo com Weber et al. (2016) a realização de práticas em diferentes espaços possibilita que o acadêmico tenha uma visão ampla e crítica das necessidades enfrentadas pela população e assim refletir sobre o papel a ser tomado para contribuir positivamente com a situação.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Levando em consideração essa finalidade e importância, foram realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESFs) da cidade, onde constatou-se, em algumas destas, dificuldades de gestão no sistema como um todo, através de relatos dos profissionais que afirmavam possuir uma comunicação insatisfatória no quesito referência e contrarreferência, o que envolve também instituições privadas de saúde. Os profissionais relataram ainda a grande demanda de clientela, o que condiz com a lotação do serviço de saúde. Estas, para garantir a integralidade e atuar na perspectiva da promoção da saúde, necessitam manter uma relação constante com as instituições de outros setores, fazendo com que a gestão seja de fato o que possibilite superar esses problemas.

Além disso, foi possível verificar essa prestação de serviços em locais diferentes e mais isolados, como o Assentamento Rondinha do município de Joia (RS) e na comunidade indígena do município de São Valério do Sul (RS), que mesmo sendo afastados da zona urbana, possuem uma ESF própria e atendimento individualizado, diferente da realidade de superlotação mencionada anteriormente. Observou-se que a cultura diferenciada do povo indígena, por exemplo, é vista com bons olhos pela equipe de saúde local, que visa enquadrar-se, mesmo que de modo lento, ao âmbito do povo que ali reside, respeitando ao máximo seus costumes.

Tanto na comunidade indígena, quanto no assentamento pode-se notar o forte hábito de cura através de plantas medicinais entre os povos, que possuem um conhecimento grandioso em relação a eficácia medicamentosa das plantas e suas ações ao organismo humano. Quanto a isto, Bruning, Mosegui e Vianna (2012) afirmam que “a valorização das terapias tradicionais, entre elas a fitoterapia, são recursos mais fáceis e economicamente viáveis de aumentar a cobertura de atenção primária à saúde” (p. 2678). Questões que abordaram a medicina fitoterápica foram discutidas pelo grande grupo após a visita, onde cada um dos participantes mencionou utilizar alguma erva/planta de forma a beneficiar sua própria saúde.

Na atenção secundária de saúde destacaram-se às visitas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPSad (álcool e drogas) e CAPS infantil - de Ijuí (RS). Leal e Antoni (2013) definem os CAPS como:

[...] um local de referência e tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em

um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde [...] sendo os CAPS classificados de acordo com sua complexidade e abrangência populacional (p. 88).

Com um olhar voltado à saúde mental da população, notou-se nos CAPS visitados que estes conseguem dar suporte à rede básica de saúde de forma complementar, prestar atendimento clínico diário e ainda lançar estratégias de reinserção social aos pacientes, atingindo seu objetivo principal. Percebeu-se que a equipe consegue trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora do âmbito dela, desenvolvendo atividades conforme a singularidade de cada paciente. Entretanto, ainda há alguns problemas, como a alta demanda de pacientes no local e a demora para que os mesmos saiam e se reinsiram na sociedade, criando uma certa dependência ao CAPS.

Foram ainda realizadas visitas à Penitenciária Modulada de Ijuí (RS), onde foi possível conhecer um sistema totalmente diferente, mas que prioriza a saúde da população carcerária de forma interdisciplinar. A população carcerária no Brasil tem direito aos serviços do Sistema Único de Saúde e como observado esse atendimento é ambulatorial, hospitalar e odontológico. Os presos são vacinados conforme esquema próprio, recebem tratamento dentário e são orientados sobre prevenção de doenças causadas pelo confinamento, como a tuberculose, por exemplo, doença de importante número de diagnósticos na penitenciária local, sendo até alvo de estudos de acadêmicos das universidades da cidade.

De forma geral, durante as visitas às organizações hospitalares vigentes do município, encontraram-se problemas como limitações de insumos, a falta de conhecimento de protocolos, o atendimento de modo burocrático e novamente, assim como na saúde primária, a falta de discussões para uma reorganização na melhoria das condições de trabalho e na melhoria do atendimento aos pacientes, já que não há de fato um trabalho interdisciplinar, e sim, uma equipe multiprofissional que atua de forma isolada, demonstrando assim problemas no quesito trabalho em equipe.

Assim, analisando o sistema encontrado durante o estágio, torna-se visível a necessidade de os usuários conhecerem seus direitos e deveres dentro do Sistema Único de Saúde, para que assim, ele não seja tratado de forma generalizada e possa ser eficaz. Destaca-se em especial a gestão em saúde também generalizada que acaba por levar um aumento na demanda em algumas referências e a falta de trabalho interdisciplinar em alguns setores que causam problemas na referência e contrarreferência em saúde, afetando os pacientes e até mesmo a própria equipe.

Para Weber et al. (2016) e Neto et al. (2013) os estágios e vivências proporcionam diálogos de forma problematizadora com conceitos importantes para o campo da saúde coletiva. Assim, todas as noites de vivência eram preenchidas por discussão de conteúdos de assuntos variados e atualizados, realizados por professores da área da saúde, ex-estagiários e gestores, destacando-se as práticas integrativas

e complementares do SUS, como o *reike* e a meditação, feminismo e questões de gênero, violência como questão de saúde pública, impactos para a saúde e o uso de agrotóxicos, a questão de direitos humanos e o parto humanizado. Estas rodas de conversa possibilitam a construção de um campo dialógico e democrático, reconhecendo os participantes como sujeito de direito ativo ao conhecimento e aprendizagem (SAMPAIO et al., 2014). As dinâmicas realizadas, como a confecção de mandalas com objetos trazidos pelos participantes, possibilitou grande integração entre o grupo, descontração e empatia entre os viventes e facilitadores.

4 | CONCLUSÃO

O programa VER-SUS é um estágio de vivência única para que estudantes possam compreender o nosso Sistema Único de Saúde como um todo, contribuindo para a formação de um profissional diferenciado e mais preparado para o trabalho em equipe, imprescindível para que o SUS seja mais resolutivo. O VER-SUS dá ênfase às redes de atenção em saúde, possibilitando a compreensão da lógica do funcionamento do SUS, seus princípios e diretrizes e a saúde como direito social, além de provocar no acadêmico o compromisso ético-político contribuindo para a formação como sujeito crítico nos processos de transformação do setor saúde de modo a empoderar a educação permanente em tal setor.

Em relação à educação em saúde, destaca-se a reflexão de que os acadêmicos da área da saúde, de forma geral, não são formados para entender o SUS ao qual irão atuar, são formados para compreender sua história, seus sistemas de gestão, mas não de forma a refletir um melhor atendimento ou uma integração social e multiprofissional, por exemplo.

Deste modo, esta extensão universitária potencializa transformações na sociedade, na formação em saúde, no SUS e nas pessoas que desfrutam desta oportunidade, que faz refletir acerca de seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais, sendo viável considerar o VER-SUS como uma proposta de mudança curricular fundamental para a formação dos cursos da área da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 9. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório VER-SUS/Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRUNING, Maria Cecilia Ribeiro; MOSEGUI, Gabriela Bittencourt Gonzalez; VIANNA, Cid Manso de Melo. **A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde dos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná**: a visão dos profissionais de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2675-2685, 2012.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**: estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Aletheia, n. 40, p. 87-101, 2013.

NETO, José Cláudio Garcia Lira; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de; BRITO, Emmanuel Calisto da Costa; SANTOS, Leianny Rodrigues dos; ALVES, Lívio Eduardo Pereira; ALVES, Lunara Rocha Antunes. **VER-SUS**: Um relato de experiência sobre uma vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde. Revista de Enfermagem UFPE on-line, Recife, n. 7, p. 1042-1046, 2013.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Gilney Costa; AGOSTINI, Marcia; SALVADOR, Anarita de Souza. **Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde**: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Interface, 18 supl. 2, p. 1299-1312, 2014.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos**: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 209-517, 2010.

TOMBINI, Larissa Hermes Thomas. **Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 177p, 2010.

WEBER, Aldair; TOMBINI, Larissa Hermes Thomas; COLLIELLI, Liane; ALBRECHT, Cristiane Carla; MACARI, Leonardo; FÁVERO, Fabriane Maria. **Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e a formação profissional em saúde**: relato de experiência. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, v. 13, n. 23, p. 112-122, 2016.

VIVENCIAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO I NA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE. PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Caroline Moura Da Silva

Universidade do Estado da Bahia- Senhor do Bonfim-BA

Karla Samara Da Silva Santos

Universidade do Estado da Bahia- Senhor do Bonfim-BA

Alexia Aline Da Silva Moraes

Universidade do Estado da Bahia- Senhor do Bonfim-BA

Marizete Alves Da Silva De Amorim Barreto

Universidade do Estado da Bahia- Senhor do Bonfim-BA

Jenifen Miranda Vilas Boas

Especialista em Saúde da Família com Ênfase em Linhas de Cuidado. Especialista em Gestão em Saúde. Mestre em Saúde Coletiva.

Professora Auxiliar da UNEB, Campus VII- Senhor do Bonfim-BA.

pelas alunas de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) trazendo as ações assistenciais, gerenciais, educação em saúde e desafio de atuação **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência acerca das ações desenvolvidas no Estágio Curricular Supervisionado I realizado no ESF São Jorge, localizado no município de Senhor do Bonfim – BA. O grupo foi composto por 4 alunas da turma do 8º semestre de enfermagem. **Resultados:** foram desenvolvidas as atividades propostas pela disciplina de modo a possibilitar as seguintes ações: Promoção e Prevenção e Recuperação da saúde nos processos de enfermagem usando o modelo humanizado; Planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações que condizem com a comunidade, Realização de procedimentos da enfermagem. **Conclusão:** A vivência do ECS pelo acadêmico de enfermagem é considerada indispensável visto que seu processo de trabalho no campo de estágio permite a construção de uma identidade na nossa atuação, tornando cada dia mais preparadas e competentes para enfrentarmos as diversas áreas de atuação da enfermagem, alem de nos fortalecer para a mudança do modelo de saúde hegemonic.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Estágio Clínico, Saúde Pública.

RESUMO: **Introdução:** A disciplina Estágio Curricular Supervisionado I faz parte da grade curricular do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Campus VII, Senhor do Bonfim - BA. Essa disciplina consiste numa etapa de formação profissional, tendo com o objetivo por em prática os conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer do curso, preparando-os para o exercício da futura profissão. **Objetivo:** Relatar as experiências vivenciadas

ABSTRACT: **Introduction:** The Supervised Curricular Internship I is part of the curricular program of the Bachelor of Nursing course at the State University of Bahia (UNEB), Campus VII, Senhor do Bonfim - BA. This course consists of a professional training stage, with the objective of putting into practice the theoretical knowledge acquired during the course, preparing them for the exercise of the future profession. **Objective:** To report the experiences of nursing students in the Family Health Strategy (ESF), bringing the actions of care, management, health education and action challenge. **Method:** This is a descriptive study, a type of experience report about actions developed in the Supervised Curricular Internship I held at ESF São Jorge, located in the municipality of Senhor do Bonfim - BA. The group was composed of 4 students from the group of the 8th semester of nursing. **Results:** the activities proposed by the discipline were developed in order to enable the following actions: Promotion and Prevention and Recovery of health in nursing processes using the humanized model; Planning, management, supervision and evaluation of actions that are in keeping with the community, Conduct of nursing procedures. **Conclusion:** The experience of the ECS by the nursing student is considered indispensable since its work process in the field of internship allows the construction of an identity in our work, becoming more and more prepared and competent each day to face the different nursing areas, in addition to strengthening us to change the hegemonic health model.

KEYWORDS: Nursing, Primary Health Care, Family Health Strategy, Clinical Training, Public Health

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) diante da necessidade dos avanços da saúde pública no país, onde em 1998 foi criado o SUS, trazendo consigo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. (FREITAS; SANTOS, 2014).

A atenção primária é um instrumento importante no sistema de saúde, além de ser uma estratégia de organização é também um modelo clínico assistencial. Em conjunto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como prioridade a promoção, proteção e recuperação da saúde. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A ESF é uma alternativa para a política pública que visa atender os princípios do SUS. Abandonando o modelo tradicional e hospitalocêntrico que tenciona a doença como fator principal, partindo na finalidade de assumir o trabalho assistencial em conjunto com os princípios de universalidade, equidade e integralidade. (SORATTO, et. al. 2015).

O enfermeiro tem um papel de destaque na Atenção Básica (AB), pois o mesmo está capacitado para atuar na promoção e prevenção da saúde nos processos de enfermagem usando o modelo humanizado, ele é capaz de gerenciar, planejar, organizar, supervisionar, desenvolver e avaliar ações que condiz com a comunidade, realizando procedimentos privativos de sua capacidade como consulta de enfermagem,

solicitações de exames e prescrições de medicamentos conforme protocolos. (FREITAS; SANTOS, 2014).

O profissional enfermeiro vem ao longo dos tempos empenhando-se em ampliar seu campo de ação junto aos sistemas de saúde, seja na assistência direta ao paciente hospitalizado, seja na prevenção e/ou promoção da saúde. Neste contexto o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) pode trazer importantes contribuições para a formação deste profissional, uma vez que se trata de uma atividade acadêmica bastante rica para este processo de formação (LIMA, 2014).

Diante das diretrizes curriculares o ECS tem a finalidade de integrar a atenção individual e coletiva, teoria e prática, ensino e serviço, na perspectiva de formar um profissional apto a atender as demandas de saúde da população brasileira e contribuirativamente com a construção do SUS. Proporciona que o estudante tenha contato direto com a realidade de saúde da população, o que pode ser considerado de grande importância para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de graduação (LIMA, 2014).

Neste contexto o ECS pode trazer importantes contribuições para a formação deste profissional, possibilitando a vivência na prática do que aprende na teoria, onde é possível observar pontos favoráveis e desfavoráveis no campo de prática, exercer a capacidade de reflexão sobre a ação profissional, sendo capaz de refletir criticamente, analisar as problemáticas sociais e procurar alternativas de enfrentamento e resolução para as mesmas. (LIMA, 2014).

Vale ressaltar que o estágio supervisionado serve para impulsionar um sujeito crítico, curioso e construtor de conhecimentos e não para adaptá-lo ao mundo do trabalho. Deve corroborar para aguçar suas faculdades de observação, pesquisa, imaginação, comunicação, dinamicidade, flexibilidade e tomada de decisão. Dessa forma, o estágio é fundamental para que o acadêmico possa se auto avaliar tanto no desempenho de suas atividades e quanto na conquista de suas competências gerais (BENITO, 2012).

Diante do exposto, este trabalho trata-se de um Estágio Curricular Supervisionado em um Programa de Saúde da Família, localizado no município de Senhor do Bonfim-BA, que possibilitou a vivência na prática do que aprendemos na teoria, foi possível observar pontos favoráveis e desfavoráveis no campo de prática, exercendo a capacidade de reflexão sobre a ação profissional, analisar as problemáticas sociais e encontrar alternativas de enfrentamento e resolução para as mesmas.

Assim foi desenvolvido a partir das experiências vivenciadas no campo de estágio na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro São Jorge da turma do 8º semestre do Estágio Curricular Supervisionado I do curso de enfermagem. A disciplina tem um papel importante para os graduandos do curso de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) porque busca prepara-los para o exercício profissional. A atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o primeiro contato dos estudantes

com a realidade das atividades desenvolvida pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde.

2 | OBJETIVOS

O proposto trabalho tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas alunas do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, na Estratégia de Saúde da Família ESF São Jorge trazendo as ações assistenciais, gerenciais, educação em saúde e desafio de atuação.

3 | METODOLOGIA

Esta vivência utilizou um tipo de método de estudo descritivo, como relato de experiência, acerca da vivência de quatro acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia (UNE) com apoio da Docente da disciplina Estágio Curricular Supervisionado (ECS). Teve como lócus a atenção Primária em Saúde, especificamente em Estratégia Saúde da Família de Senhor do Bonfim-BA que tem sob sua responsabilidade 1.438 famílias.

Os dias e horários de execução das atividades na comunidade foram programados pela professora enfermeira responsáveis pelo Estágio junto com as alunas e a equipe, com determinação de 8 horas diárias, variando em dias semanais de segunda a quinta-feira. Uma escala de atendimento foi produzida, trazendo as seguintes informações: Setores destinados a cada aluno, programas a serem incluídos nas ações, atividades de capacitação em serviço com profissionais da Unidade, atividades educativas a serem executadas. Foram determinados períodos de realização de Planejamento em Saúde, utilizando o método: Planejamento Estratégico Situacional (PES). (MATUS, 1985).

Os “enfermeirandos” elaboraram suas ações e intervenções nos programas vinculados a Atenção Primária em Saúde como: Programa de Puericultura com o acompanhamento integral do processo de crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos; a atenção na promoção, prevenção e detecção do câncer de mama e de colo de útero, o cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, bem como para dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular; o programa de atendimento às doenças infectocontagiosas como a tuberculose e a hanseníase; o acompanhamento planejamento reprodutivo e de Pré-natal com as gestantes de baixo-risco, e atendimento de puerperio com as mulheres até 45 dias pós-parto, visitas domiciliares, entre outros.

O estágio teve inicio no dia 21 de agosto de 2017 e encerramento no dia 05 de dezembro de 2017 com totalidade de 450 horas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o estágio foi possível realizar diversas atividades de competência da enfermagem como realização de atividades de promoção e prevenção e recuperação da saúde através de planejamento e gerenciamento, consultas, procedimentos, ambulatoriais, de triagem, vacinação em todas as faixas etárias, educação em saúde, entre outras. A permanência das alunas nos setores favoreceu o contato com as ações desenvolvidas pela equipe e aplicação do conhecimento teórico, aliando a prática assistencial ao saber da enfermagem.

Para o desenvolvimento das ações tomou-se como base os referenciais teóricos do Ministério da Saúde e seus manuais e protocolos. Durante as consultas de enfermagem percebeu-se a vasta diversidade populacional (Idade, sexo, gênero, étnico- racial, cultural, religião), enriquecendo o campo de atuação das graduandas e favorecendo um olhar ampliado sobre as comunidades.

Os atendimentos ocorreram desde os recém-nascidos aos idosos com consultas de planejamento reprodutivo, pré-natal, puericultura e puerpério, com hipertensos e/ou diabéticos, coletas de exames citopatológicos, exame de mama, e visitas domiciliares, as quais fazem parte da agenda da unidade. Além disso, realizaram-se atendimentos sobre livre demanda, sempre buscando suprir as necessidades da população.

Com isso, pode-se obter como resultado, atendimentos a 37 mulheres em planejamentos reprodutivos, 40 consultas de pré-natal, 23 crianças na puericultura, 58 hipertensos e/ou diabéticos nas consultas de Hiperdia, 44 coletas de exames citopatológicos e 15 testes rápidos. Também foram realizadas 11 consultas às adolescentes, 57 consultas às mulheres; 22 aos homens, 36 à população idosa, 11 atendimentos de urgência e emergência e 20 visitas domiciliares.

Ao longo do estágio foram realizadas diversas atividades educativas, em salas de espera na unidade, nas escolas e na comunidade, abordando diversos temas de suma importância aos usuários, onde se obteve um feedback positivo, contando com a participação dos usuários com a exposição de suas vivencias e esclarecimentos de dúvidas.

3.1 PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM

A gerência é uma atribuição do enfermeiro e está diretamente ligada a demanda pela qualidade da assistência e condições melhores para os profissionais. O enfermeiro irá atuar principalmente no cuidado e no planejamento assistencial, na gerência de recursos humanos e materiais, nas capacitações, coordenação e avaliação das atividades de enfermagem (SANTOS et. al, 2013).

Durante o período de estágio foi perceptível o quanto importante é a utilização de

ferramentas para o gerenciamento de estratégias organizacionais da unidade. Assim foram realizadas Escalas Diárias de Setores, para a organização dos recursos humanos pela unidade e distribuição das graduandas conforme as necessidades vigentes. Fichas de demandas de oficinas para os funcionários, a fim de que os mesmos apontassem as carências de atividades educativas que não foram visualizadas pelas alunas.

A escala diária foi elaborada para que todas as discentes passassem e adquirissem os conhecimentos dos diversos setores da unidade, dentre eles: o ambulatório, sala de vacina, consultório de enfermagem, triagem, farmácia e recepção. A flexibilidade e circulação das graduandas nos setores permitiu maior contato com a rotina de cada local, fazendo-as perceber quais os campos e ações da enfermagem.

Como parte do Planejamento e avaliação aplicados no decorrer do período de estágio, tornou-se imprescindível a produção do Diagnóstico Situacional da Comunidade e o processo de reconhecimento do território sendo construídos pelas discentes com seguimento da docente. O planejamento com levantamento de problemas e busca de explicação de causas e suas consequências foi uma atividade de grande impacto para as graduandas, pois este favoreceu a elaboração de ações e intervenções com base na realidade da comunidade, indicadores de Saúde e avaliação da Unidade Básica.

A construção do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitou a identificação sobre o que é possível intervir no contexto das famílias com o olhar sobre os determinantes sociais, e mostrou os pontos de fragilidade que a equipe esbarra e não consegue resolver sem apoio de uma rede de saúde estruturada. Trouxe também como resultado o estímulo do trabalho em equipe multiprofissional e as responsabilidades dos indivíduos no seu campo de atuação.

Abaixo segue um modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

PROBLEMA	OBJETIVOS	CAUSAS	AÇÕES/PROPOSTAS
A não lavagem das mãos.	-Diminuir o risco de contaminação; -Reducir a transmissão de agentes infecciosos; -Incentivar a higiene pessoal.	-Falta de interesse em lavar as mãos; -Falta de fiscalização; -Falta de consciência sobre os riscos de contaminação.	-Capacitação profissional de lavagem das mãos; -Informativos da técnica de lavagens das mãos.

Planilha 1-Árvore De Problemas

PROBLEMA: A falta da lavagem das mãos.			
AÇÃO	FACILIDADES	DIFÍCULDADES	ESTRATÉGIAS

-Colar cartazes informativos sobre lavagem das mãos; -Palestrar sobre a importância e a técnica da lavagem das mãos.	-Pias nas salas; -Papel Toalha; -Sabão; -Baixo custo.	-Adesão dos profissionais.	-Procurar dados sobre as consequências da adesão e não adesão da lavagem das mãos; -Passar tinta guache nas mãos dos profissionais, para eles limparem.
---	--	----------------------------	--

Planilha 2-Análises De Viabilidades

AÇÃO 1 e AÇÃO 2				
ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS	PRAZO	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
-Dinâmica da tinta; -Mesa Redonda, para discussão.	-Caroline Moura; -Alexia Moraes; -Karla Samara; -Marizete Alves.	-Tintas; -Papeis; -Sabão; -água; -Cartazes; impressos.		-Roda de Conversa com os profissionais.

O gerenciamento da Unidade Básica de Saúde neste Estágio teve o enfermeiro como principal sujeito de gestão, centralizando muito neste profissional a carga das atividades realizadas por toda equipe. Este profissional tem a responsabilidade de executar as atividades orientadas pela Secretaria de Saúde Municipal, desde as ações de atenção Básica, como as de vigilância Epidemiológica e de Saúde do trabalhador, as campanhas de vacina, e acompanhamento e produção do cuidado da equipe, gerenciamento do trabalho do agente Comunitário em Saúde, gestão de atendimento, acompanhamento de produtividade, entre outros.

4.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em uma ferramenta científica indispensável no planejamento das ações de enfermagem. Esta oferece autonomia ao enfermeiro para transformar a realidade que foi lhe posta, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos usuários, como também oferecer a segurança aquele que oferece e aos que recebem o serviço. (SILVA, et. al. 2011).

De acordo com a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, delega ao enfermeiro de modo privativo a realização da SAE que segue em cinco

pilares: histórico, diagnóstico planejamento, intervenção e avaliação dos resultados.

Considerando os conhecimentos adquiridos na academia sobre o processo de enfermagem e a realidade encontrada na unidade de saúde, foi de grande importância para colocarmos em prática o conhecimento científico, através da experiência vivida no serviço de saúde do ESF, o que permitiu a identificação das diversas formas do cuidado prestado pelos profissionais da unidade.

Esse perfil foi percebido durante as participações como observadoras e prestadoras da assistência nos programas que funcionam na unidade e identificando os problemas existentes no ESF. A partir dessa identificação foram analisadas alternativas para planejar ações e intervir nas dificuldades encontradas. Neste sentido, verificamos que a SAE considerada instrumento importante para o atendimento de enfermagem, pouco era utilizada como forma de organização deste cuidado.

Enquanto acadêmicas em enfermagem verificamos um distanciamento entre o Teórico e a prática, assim reunimos os conhecimentos fundamentais de cuidados trazendo-os para a prática no ESF. Assim a Sistematização da Assistência em Enfermagem foi aplicada a todo atendimento das graduandas, nos programas de saúde reforçando sua utilização pelo enfermeiro.

Foi possível a toda estagiaria o contato nos programas com a saúde da criança, adolescente, adulto, idosos e a implementação do cuidar em enfermagem utilizando a SAE. Esse instrumento ao final foi avaliado como indispensável na nossa atuação, pois nos guia a um fazer seguro baseado em procedimentos científicos, dando qualidade no atendimento da comunidade.

A forma como lidamos com o cuidado da criança, como a realização da puericultura com atenção especial voltada na promoção da saúde e no contato mãe e filho, foi imprescindível para a nossa formação, pois se trata de um campo de prática composto de muitas características, e acima de tudo pela delicadeza e os cuidados primordiais a esse usuário tão importante. Verificamos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança com foco nas ações preventivas do processo de adoecimento, reforçando o atendimento nas primeiras semanas do nascimento do bebê através de visitas domiciliares.

O planejamento familiar e reprodutivo e atenção na prevenção do câncer do colo de útero e de mama foi um dos setores em que mais sentimos a necessidade desenvolver atividades, pois só com a prática é que adquirimos os conhecimentos e técnicas para o atendimento desta população. Percebendo a importância dos vínculos com as usuárias, e este vínculo, facilitou a quebra de tabus que envolvem a sexualidade, e que na maioria das vezes é uma barreira de acesso destas mulheres.

As consultas de puerpério foram pouco vivenciadas, durante todo período de estágio houve apenas um contato. Embora as consultas de puerpério sejam de grande importância, não recebe atenção e os devidos cuidados por parte dos profissionais de saúde da unidade em questão.

A consulta ao puerpério é extremamente importante, pois enfatiza prevenção de

risco as mães e aos recém-nascidos, nesse sentido é necessário que se faça a busca ativa e que a primeira consulta seja realizada na residência da usuária e as consultas subsequentes serão na unidade, para esclarecimento de dúvidas, orientações sobre os autocuidados e cuidados com o bebê, realização do planejamento reprodutivo, orientações quanto às vacinas e a puericultura, dentre outras.

O programa de Hiperdia que atende o adulto e idoso na prevenção e recuperação das Doenças Crônicas não transmissíveis se mostrou apenas como um programa baseado na entrega de medicação e negação da informação sobre mudanças no estilo de vida e práticas saudáveis no dia a dia. A adesão dos usuários foi considerada difícil, assim as graduandas buscaram o resgates dos pacientes deste programa com novos agendamentos e propostas de atividades educativas em grupo.

Na sala de vacina, percebemos o quanto o enfermeiro é indispensável no controle, dispensação, aplicação e cuidado que se deve ter para o armazenamento e manuseio dos imunobiológicos. A verificação ordinária da temperatura da geladeira e do ambiente, higienização correta e se a equipe de saúde está fazendo uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPIs) e se as anotações nos impressos e produções estão sendo realizadas são feitas diariamente. O uso do Sistema de informação foi um recurso importante para acompanhamento de vacinados, análise de cobertura e planejamento.

Na avaliação da sala de vacina, esta apresentou várias inadequações estruturais, mesmo com toda a deficiência na estrutura os profissionais procuram organizar a bancada de trabalho da melhor maneira possível. As técnicas de enfermagem que atuam na sala de vacina são profissionais capacitadas e atendem o usuário que procura este setor com toda atenção e humanização.

Tivemos a oportunidade de colocar em prática as técnicas de administração e homogeneização de imunobiológicos e explicar as reações que cada vacina pode provocar no indivíduo após a aplicação. O conhecimento adquirido na academia associado à prática na sala de vacina foi de grande importância, pois nos permitiu vivenciar a teoria na prática transformando a ação em um evento que nos engrandeceu e enriqueceu o nosso processo de formação acadêmica e profissional.

Embora existam dificuldades na sala de vacina, o setor é de grande importância para a administração de imunobiológicos, os quais previnem várias doenças e garantem a saúde de milhares de crianças e adultos. É gratificante saber que apesar da dor que causa ao ser aplicada a vacina proporciona aos usuários saúde e proteção contra várias doenças.

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação é um processo que dispõe aos sujeitos de uma sociedade o conhecimento, experiências culturais, científicas, morais e adaptativas, que os tornam aptos a atuar no meio social. Ela depende da união dos saberes, que por

sua vez, podem ser estabelecidos através de uma análise das necessidades reais de determinada população (BENITO, 2012).

A educação em saúde possibilita uma maior aproximação com a comunidade, além de uma troca mútua de conhecimentos entre os profissionais de saúde e a população assistida.

Em uma visão inicial acreditava-se que os usuários dos serviços de saúde fossem pouco receptíveis a discussões e debates, mas no decorrer das salas de espera de temas variados notou-se a participação deles, os questionamentos pertinentes e até a busca de informação.

Assim, durante o Estágio supervisionado I foram realizadas atividades educativas, abordando alguns temas como: prevenção do suicídio; mitos e verdades sobre amamentação; o que é puericultura e sua importância; câncer de próstata e pênis; importância de realizar o exame citopatológico; importância da vacinação; introdução alimentar após os seis meses; sinais de alerta de tuberculose; o que é Hiperdia; sexualidade com adolescentes e higiene pessoal com crianças.

A receptividade e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) só foram possíveis, após a realização de uma educação permanente sobre tuberculose e hanseníase e a importância da busca ativa. O resultado foi imediato, dois ACS solicitaram as discentes visitas domiciliares para a verificação de casos suspeitos, pois com o olhar clínico e a bagagem teórica que as acadêmicas carregam foi possível avaliar cada caso apresentado pelos agentes, utilizando a SAE e o estímulo à procura dos serviços que a unidade de saúde oferta.

Durante a visita foi possível perceber a importância da atuação desse profissional para que outros profissionais possam criar um vínculo com a comunidade. Neste sentido, o ACS é um membro integrante da área e convededor da sua demanda, além de ser uma “fonte de informação” mais próxima da comunidade.

Conquistamos a oportunidade de falar a um grupo de adolescentes no centro juvenil sobre sexualidade. Os mesmos reagiram com uma participação calorosa, foi possível notar que ao falar sobre a temática não houve tantos questionamentos e participações quando comparado ao momento em que se abordou a importância do uso e funcionalidade dos preservativos feminino e masculino. Acredita-se que os adolescentes estão mais interessados sobre a anatomia e a relação sexual do que outros temas que envolvam a sexualidade.

A educação nas escolas é outro ponto que a unidade de saúde pode atuar com ações preventivas e de promoção à saúde, além de criar vínculos com os estudantes, profissionais e comunidade. Na área de atuação do ESF São Jorge existe uma escola de pequeno porte funcionante, onde foi realizada uma atividade de educação em saúde sobre higiene pessoal.

Esse tema foi solicitado pelos próprios funcionários da unidade escolar para ser trabalhado com as crianças. Nesse momento utilizamos de uma pequena palestra com materiais dinâmicos e lúdicos para atrair a atenção dos alunos, e para avaliar o que foi

entendido pelas crianças, usamos de diversas dinâmicas de fixação e o resultado foi bastante produtivo e positivo.

Durante a observação na rotina da unidade de saúde, notou-se um número elevado de pacientes com hipertensão sistêmica arterial e diabetes mellitus totalizando um quadro de 238 pacientes hipertensos e 150 diabéticos.

Sabemos das repercussões que a hipertensão e a diabetes provoca nos portadores e que geralmente só procuram a unidade quando já estão descompensados, por essa razão acabam por demandar da família e da rede de serviços de saúde um aparato bem mais complexo para dar um atendimento de qualidade a essa clientela. Como também envolve questões financeiras, esses indivíduos deixam de ser produtivos financeiramente e passam a ser dependentes de alguém, em consequência disso apresentam alterações psicológicas e psiquiátricas.

Diante necessidade analisamos a importância de criar o grupo de hiperdia, devido ao grande número de usuários hipertensos e diabéticos. Tendo como objetivo discutir assuntos relacionados a determinadas demandas, reduzir danos e riscos que possam vir a acometer este público e criar o vínculo entre usuário e profissionais da unidade.

Durante as consultas de hiperdia, foi possível perceber o desconhecimento dos usuários sobre o seu adoecimento, os maus hábitos alimentares, a automedicação e a descontinuação do tratamento medicamentoso. Diante da problemática foi criado o grupo onde as reuniões eram realizadas quinzenalmente com o esclarecimento de dúvidas que surgiam de reuniões anteriores. Os temas eram abordados de acordo com a necessidade do grupo tornando importante a participação deles no tema proposto.

Durante as observações na rotina da Unidade de Saúde constatou- se a existência de uma grande quantidade de gestantes, no quantitativo de 22 mulheres, que apresentavam diversas dúvidas comuns e compartilhavam informações entre si, e que muitas vezes eram de maneira inadequadas. É notória a existência falhas nas ações educativas durante o pré-natal, uma vez que gestantes de baixo risco, mesmo as assíduas, chegam ao último mês demonstrando desconhecimento sobre sua atual situação.

Diante do exposto e da mesma necessidade que o grupo de hiperdia, surgiu à premência de iniciar na unidade de saúde um grupo de gestantes, onde os encontros eram realizados quinzenalmente, com o objetivo de criar um vínculo entre essas mulheres e os profissionais de saúde, a fim de esclarecer algumas dúvidas comuns e possibilitar uma maior troca de experiências.

No sentido da Educação em saúde, aderiu-se aos meses alusivos Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul, que são campanhas de mobilização mundial, realizadas anualmente, para estimular a prevenção do suicídio e de câncer em mulheres e homens. Estes momentos proporcionaram um conhecimento sobre os perfis de adoecimento da população, aproximando do conhecimento científico ao processo de educação em saúde e orientação das comunidades em risco de adoecer.

O crescente número de pessoas com problemas depressivos na atualidade e

que são levadas a cometer suicídio, fez com que o Ministério da Saúde formulasse estratégias para abordar esse assunto, que é pouco discutido entre a população. O mês de setembro foi escolhido para dar um maior enfoque a esse tema e, com base nisto, utilizamos este mês para ministrar palestras sobre o assunto com abordagens de forma ampla e transparente sobre algo que se tornou rotineiro e que, infelizmente, não se atribui à devida importância. Foi possível, através destas, uma maior conscientização da população e a desmistificação de alguns pré-conceitos existentes.

Durante o mês de outubro foram desenvolvidas diversas ações relacionadas ao tema, realizando uma abertura com café da manhã, contando com a participação dos funcionários e da comunidade, com uma abordagem simples, porém clara, sobre sinais e sintomas do câncer de mama, a importância da realização dos exames preventivos do câncer do colo de útero, de mama e a necessidade do autoconhecimento do corpo e autocuidado.

Ao longo do mês foram realizadas diversas salas de esperas com temas variados, como a prevenção do câncer de mama e de colo do útero, sexualidade e a realização de testes rápidos para detectar algumas IST's e a violência contra a mulher, os quais contemplaram as diversas demandas do público alvo. Como resultado das ações, despertou-se em algumas usuárias questionamentos interessantes sobre as temáticas. Posteriormente houve a busca de um casal homoafetivo com dúvidas sobre os atendimentos que a unidade oferece e principalmente, do atendimento ginecológico, onde prestou-se uma assistência humanizada possibilitando a construção de um vínculo que resultou no retorno das usuárias para outros atendimentos.

Durante o mês de novembro, indagou-se a população sobre a importância da prevenção do câncer de próstata e pênis, enfatizando alguns sinais e sintomas, fatores de risco e a importância da realização dos exames de detecção. Deste modo foi possível contar com a participação de vários usuários, no esclarecimento das suas dúvidas e orientações voltadas tanto ao público masculino quanto ao feminino que relatavam ter algum familiar que apresentava alguns sintomas citados durante a palestra.

A ausência do homem na unidade é algo bem presente na realidade brasileira, ocasionando o aumento das enfermidades nessa população. Surgiu o questionamento sobre os fatores que poderiam impedir a procura por atendimento, então foram elencados alguns fatores como: deficiência no acolhimento, aspectos do machismo, horário de funcionamento da unidade incompatível com o horário do trabalhador, busca maior por curativíssimos do que por prevenção. Nesse sentido, foram criadas estratégias para vencer essas barreiras, como atividades extramuros dentre elas: abordagem aos grupos de taxistas e moto-taxistas localizados na rodoviária com a temática prevenção de IST'S e sexualidade.

Além disso, houve a percepção da necessidade de levar informações a uma maior quantidade do público masculino, o que desencadeou o desenvolvimento de uma ação conjunta com todos os alunos do Estágio Supervisionado I com o objetivo de informá-los sobre a importância de buscar as unidades de saúde e esclarecimentos de dúvidas

sobre a prevenção dos cânceres de próstata e pênis e sexualidade, distribuição de folders autoexplicativos sobre o câncer de próstata, no Calçadão da cidade em Senhor do Bonfim.

No que tange as capacitações realizadas com os funcionários da unidade, estas ocorreram depois de uma observação criteriosa durante a fase diagnostica. Foram percebidos quais os setores que necessitava de atualizações, assim foram disponibilizadas para os funcionários uma ficha de sugestões com temas que eles gostariam que fossem abordados. Resultando em temas como: atualização em curativos, higienização das mãos, EPI's e abordagem a população LGBTT.

A temática atualização em curativos se deu pela observação da utilização de degermante em um determinado curativo, foi perceptível que todos os profissionais desta unidade acreditavam que era necessário o uso deste produto. Nesse contexto foi realizada uma breve capacitação sobre as técnicas e coberturas ideais para um curativo. Foi possível perceber a curiosidade e a surpresa destes funcionários e o aprendizado diante da explicação.

4.3 DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS NA PRATICA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMARIA

A partir da observação da rotina de cada setor da unidade de saúde, foi possível perceber os problemas tanto físicos da Estrutura da Unidade, insuficiência de recursos humanos, financeiros e organizacionais que foram considerados entraves tanto para a atuação da equipe de Saúde como do próprio profissional enfermeiro. Percebeu-se que apesar dos esforços da equipe existiam situações que os impediam de dar um melhor atendimento a comunidade. Sendo o enfermeiro centro desta responsabilidade, muitas vezes mostrava-se estafados com a excessiva carga de trabalho.

Todos estes problemas elencados abaixo colaboram negativamente para atuação da equipe e das graduandas de uma forma geral: ausência do uso de EPIS, estrutura física, ausência de cadeira para os usuários, banheiros danificados, a proximidade da sala de triagem com o refeitório dos profissionais. Horário inadequado de limpeza com uso de material inadequado, lavagem das mãos prejudicada, dificuldade de capturar a demanda espontânea, abordagem insatisfatória aos pacientes vulneráveis, comunicação prejudicada, número elevado de pacientes diabéticos e hipertensos.

Diante dos desafios citados acima, é de suma importância integrar o conhecimento da Graduação as pratica de enfermagem, muitas vezes divergentes na realidade de atuação. Sentir-se chocado ao acessar o campo de estágios pode ser uma sensação estranha, às vezes incompreendida ao primeiro contato, mas ao decorrer do estagio a adaptação à situação acontece, e novas formas de atuar vão sendo aprendidas. Assim as intervenções baseadas nos problemas citados amenizaram situações desfavoráveis da Unidade de Saúde.

Apesar do enfermeiro esta numa posição central e com todo aparato de

conhecimento de atuação seja no gerenciamento da Unidade, seja na própria assistência ao usuário, frequentemente não se consegue aplicar parte deste conhecimento adquirido, devido às mazelas implicadas nos setores e dificuldades vistas nos Sistema Único de Saúde.

Apesar das dificuldades vivenciadas, a equipe de saúde foi bastante receptiva ao receber as graduandas, sendo considerado este apoio fundamental no aprendizado das práticas em saúde e para a formação profissional em enfermagem. A equipe nos possibilitou uma melhoria de atendimento à comunidade com a criação de vínculos entre profissionais, estudantes e comunidade.

Em resumo, a elaboração e participação das atividades de estágio nos possibilitaram o desenvolvimento de conhecimentos éticos e morais e o aprendizado do quão o enfermeiro é responsável pela melhoria da qualidade da prestação e promoção dos serviços de saúde e fazendo com que esse atendimento seja igualitário, equânime e que todos possam ter acesso sem nenhuma forma de discriminação.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estágio foi possível aprimorar os conhecimentos científicos e desenvolvermos com prática e a técnica, onde se pode destacar como papéis facilitadores contribuintes para tal aprimoramento, o domínio do conhecimento e a autonomia oferecida pela enfermeira da Unidade, docente e a equipe de saúde.

Avivência do ECS pelas acadêmicas de enfermagem é considerada indispensável, visto que, seu processo de trabalho no campo de estágio permite que possamos construir uma identidade na nossa atuação, fazendo com que isto flua naturalmente, possibilitando nos mostrar cada dia mais preparadas e competentes, conforme lidamos com situações em diversos cenários, assim, preparadas para enfrentar as complexas situações do modelo de saúde atual e sobre as diversas áreas de atuação.

REFERÊNCIAS

BENITO, G. A. V. et al. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DURANTE O ESTÁGIO SUPERVISIONADO. Rev. bras. enferm. [online]. Brasília, 2012. vol.65, n.1, pp.172-178. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100025>.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº358 de 15 de outubro de 2009. **DISPÕE SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE – NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

FREITAS, Gusttavo Magalhães; SANTOS, Nayane Sousa Silva. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2): 1194-1203

LIMA, T. C. et al. **ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DISCENTE**. Rev. bras. enferm. Brasília, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140018>

MATUS, C. **PLANIFICACIÓN, LIBERTAD Y CONFLITO**. Caracas: Ediciones IVEPLAN, 1985.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(esp): 158-64.

SANTOS: José Luís Guedes; PESTANA: Aline Lima; GUERRERO: Patrícia; MEIRELLES, Betina Schlindwein Hörner; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**. Rev. bras. enferm. vol.66 no. 2 Brasília mar./abr. 2013.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires; DORNELLES, Soraia; LORENZETTI, Jorge. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92.

SILVA, Elisama Gomes Correia; OLIVEIRA, Viviane Carla; NEVES, Giselda Bezerra Correia; GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha. **O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA**. Rev. Esc. Enferm. USP 2011.

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra - Enfermeira. Doutoranda em Obstetrícia - UNIFESP/UFC (DINTER). Mestre em Saúde Coletiva PPSAC/UECE. Especialização em Saúde Pública - UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher - 4 Saberes (em conclusão). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-168-8



9 788572 471688