



II SIMPÓSIO DE ENSINO EM SAÚDE

“Tecnologias Educacionais em Saúde: possibilidades e contribuições”

Programação Final

09 a 11 de setembro de 2015

Unidade Universitária de Dourados - UEMS

http://www.portal.uems.br/pos_graduacao/detalhes/ensino-em-saude-dourados-mestrado-profissional/eventos

ou pelo link

<http://eventos.sistemas.uems.br/pagina/p/ii-simposio-de-ensino-em-saude-102645>

Realização:

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu ENSINO EM SAÚDE, Mestrado Profissional (PPGES)

Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES),

Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde da Pessoa Idosa (GPENSI)

Curso de Enfermagem – Unidade Universitária de Dourados – UEMS

Apoio:



Chamada FUNDECT Nº 09/2015 – PAE-MS
Seleção Pública de Projeto para Realização de Eventos
Técnico-Científicos no Estado de Mato Grosso do Sul
Julho a Dezembro de 2014

S621a Simpósio de Ensino em Saúde

Anais / do II Simpósio de Ensino em Saúde/Rogério Dias
Renovato; Márcia Maria de Medeiros, Organizadores. Dourados,
MS: UEMS, 2016.

424p. ; 30cm.

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Ensino em Saúde –
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2016.

ISBN: 978-85-99880-96-8



Dia 09 de setembro de 2015 (quarta-feira)

Local: Anfiteatro da UEMS – Bloco A – Cidade Universitária –
Unidade de Dourados - UEMS

8 - 9 h – Recepção e entrega de material

9 – 9h15 - Abertura Oficial.

9:30 - 11 h – Palestra: Tecnologias Educacionais em Saúde:
perspectivas teóricas

Moderadora: Professora Dra. Lourdes Missio – UEMS

Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em
Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES),

Pesquisadora do GEPES e docente do curso de Enfermagem
da UEMS..

Ministrante: Prof. Dr. Rogério Dias Renovato. – UEMS

Coordenador do Programa de Pós-graduação Stricto sensu em
Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, Líder do Grupo de
Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES),
Docente do Curso de Enfermagem da UEMS.

Dia 09 de setembro de 2015 (quarta-feira)

Local: Anfiteatro da UEMS – Bloco A – Cidade Universitária –
Unidade de Dourados - UEMS

14 - 17 h – Ensino em Saúde e Universidade Aberta da Melhor
Idade (UNAMI/UEMS).- Mesa Redonda

Local: Anfiteatro da UEMS – Bloco A – Cidade Universitária –
Unidade de Dourados - UEMS

Moderadora: Profa. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu
Watanabe – UEMS

Coordenadora Adjunta e Docente do Curso de Enfermagem da
UEMS. Pesquisadora do GEPES e GPENSI. Docente da
UNAMI/UEMS

Ministrante: Profa. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga – UEMS

Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), Pesquisadora do GEPES e GPENSI e docente do curso de Enfermagem da UEMS.. Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem da UFMS, Mestrado acadêmico. Coordenadora da UNAMI/UEMS.

Ministrante: Profa. Dra. Márcia Maria de Medeiros – UEMS
Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), Pesquisadora do GPENSI e docente do curso de Enfermagem da UEMS.. Docente da UNAMI/UEMS. Coordenadora do Curso de Especialização em Ciências do Envelhecimento Humano

Ministrante Acadêmica Karine Macedo – UEMS
Acadêmica do curso de Enfermagem da UEMS. Bolsista PIBEX e colaboradora da UNAMI/UEMS.

Participação Especial dos Alunos da UNAMI/UEMS

Dia 10 de setembro de 2015 (quinta-feira)

Local: Anfiteatro da UEMS – Bloco A – Cidade Universitária – Unidade de Dourados - UEMS

14 -15:30h – Mesa-redonda – Tecnologias Educacionais na Formação Profissional em Saúde

Moderadora:

Profa. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin - UEMS
Docente do Curso de Enfermagem da UEMS. Pesquisadora do GEPES e Docente da Especialização em Ciências do Envelhecimento Humano

Ministrantes:

Pesquisadora MSc. Silvia Helena Mendonça de Moraes – Fiocruz/MS

Pedagoga e Psicóloga, com mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fiocruz e especialização em Saúde Mental pela mesma Escola. Servidora

pública federal, na Fiocruz Mato Grosso do Sul, no cargo de Pesquisador em Saúde Pública.

Local: Anfiteatro da UEMS – Bloco A – Cidade Universitária – Unidade de Dourados - UEMS

Dia 10 de setembro de 2015 (quinta-feira)

Local: Salas da Unidade Universitária de Dourados – UEMS
(as salas serão definidas posteriormente)

14- 17 h – Encontros dialogados – socialização das pesquisas (trabalhos científicos) sobre Ensino em Saúde em Grupos Temáticos (GTs).

- 1 - GT Práticas Educativas em Saúde
- 2 - GT Currículo em Saúde
- 3 - GT Didática no Ensino em Saúde
- 4 - GT Educação Permanente em Saúde
- 5 - GT Educação Básica e Ensino em Saúde
- 6 - GT Tecnologias Educacionais em Saúde
- 7 - Outras Temáticas de Ensino em Saúde

17h –Divulgação de Livros impressos e no formato e-book.

Livro Avaliação de idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores. Organizadores [ALVARENGA, M. R. M.](#) ; RENOVATO, R. D. ; SOUZA, R.A. 1. ed. Dourados: Editora UEMS, 2014. v. 1. 168p.

Dia 11 de setembro de 2015 (sexta-feira)

Local: Salas da Unidade Universitária de Dourados – UEMS
(as salas serão definidas posteriormente)

8:30 – 11 h Oficinas- 40 vagas por oficina

1. Produção e validação de tecnologias educacionais para

subsidiar o agir educativo-cuidativo de profissionais de saúde.
Profa. Dra. Elizabeth Teixeira – UERJ.

2. Teoria da Aprendizagem Significativa – Profa. Dra. Shirley Takeco Gobara – UFMS.

3. Didática e Tecnologias Educacionais em Saúde. Profa. Dra. Edneia Albino Nunes Cerchiari e Profa. Dra. Magali da Silva Sanches Machado – UEMS.

4. O cinema como tecnologia educativa no Ensino em Saúde – Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES) – UEMS.

Dia 11 de setembro de 2015 (sexta-feira)

14 – 16 h – Mesa-redonda – Tecnologias Educacionais em Saúde em múltiplos cenários

Moderadora:

Profa. Dra. Cibele de Moura Sales - UEMS

Docente do Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Ensino em Saúde, Pesquisadora do GEPES, docente do curso de Enfermagem da UEMS.

Ministrantes:

Profa. Dra. Elizabeth Teixeira – UERJ

Docente da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Ministra disciplinas nas áreas: educação em enfermagem, educação em saúde, metodologia da pesquisa, saúde pública. Líder do Grupo de Pesquisa Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia (PESCA) e do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Representações na Atenção à Saúde (ERAS). Em seus estudos volta-se à produção e validação de tecnologias educacionais para subsidiar o agir educativo-cuidativo de enfermeiros e outros profissionais.

16- 17 h – Exposição e Apresentação da I Mostra de Vídeos Educativos em Saúde do Curso de Enfermagem da UEMS

- **Aleitamento Materno**. Produção: Priscila Rosa de Assumpção Costa, Maria Madalena Macedo Nascimento, Tatiane Geralda André, Laiza Gonçalves, Roselaine Migotto Watanabe.

1. COMISSÃO ORGANIZADORA

Prof.Dr. Rogério Dias Renovato	UEMS	Coordenador
Profa.Dra. Vivian Rahmeier Fietz	UEMS	Vice-coordenadora
Profa. Dr.Ramon Moraes Penha	UFMS	Membro da comissão
Profa. Dra., Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe	UEMS	Membro da comissão
Profa MSc. Letícia Castellani Duarte	UNIGRAN	Membro da comissão
Esp. Kátia Gianluppi	Prefeitura Municipal de Dourados – Secretaria de Saúde – NASF e Mestranda do PPGES	Membro da comissão
MSc. Adriana Rita Sangalli	UEMS	Membro da comissão
Profa. Dra. Márcia Maria de Medeiros	UEMS	Membro da comissão

2. COMITÊ TÉCNICO-CIENTÍFICO

Nome	Instituição	Função
Profa. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga	UEMS	Coordenadora
Profa. Dra. Lourdes Missio	UEMS	Vice-coordenadora
Profa. Dra. Cibele de Moura Sales	UEMS	Membro da Comissão
Profa. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin	UEMS	Membro da comissão
Profa. Dra. Cássia Barbosa Reis	UEMS	Membro da Comissão
Profa Dra. Sandra Fogaça Rosa Ribeiro	UFGD	Membro da comissão
Prof. Dr a. Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves	UFGD	Membro da comissão
Profa. Dra. Márcia José de Jesus Alves Cordeiro	UEMS	Membro da comissão
Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues	UNIOESTE	Membro da comissão
Prof. Dr. Antonio Sales	UEMS	Membro da comissão
Prof. Dr. Odival Faccenda	UEMS	Membro da comissão
Profa MSc. Vera Kodjaoglanian	FIOCRUZ/MS	Membro da comissão
Profa. MSc Majorie Ester Dias Maciel	Doutoranda Escola de Enfermagem USP	Membro da comissão

1 - GT PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Trabalho	Autores
1.PROJETO REINTEGRAR: ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL A SERVIDORES AFASTADOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE POR LONGO PERÍODO	Jaqueline Assis Fernandes Moreti; Elisângela Romero Bruno
2.ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	Silvia Regina Souza de Azevedo; Fausi Padilha Gonçalves; Rogério Dias Renovato
3.PERCEPÇÕES DE MULHERES ACERCA DO EXAME PREVENTIVO: O GRUPO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA	Janaina Santana dos Santos, Luciana Leonetti Correia
4.EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO	Ingrith Raphaelle Rodrigues Calças, Lourdes Missio, Kátia Gianlupi, Márcia Regina Martins Alvarenga
5.EDUCAÇÃO POPULAR COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO CUIDADO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	Simara de Sousa Elias; Ednéia Albino Nunes Cerchiarí
6.PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DO ESCOLAR: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	Danielly Ferri Gentil; Maria José de Jesus Alves Cordeiro
7.AÇÃO EDUCATIVA DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	Flora Alves Venancio, Karen Letícia Tarasiuk, Laura Caroline Mendonça Thiry, Priscila Renata Franco Ortiz, Vanessa da Silva Ribeiro.
8.O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Monique Rotli; Cássia Barbosa Reis
9.A UTILIZAÇÃO DA NARRATIVA NA PESQUISA E NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	Nauristela Ferreira Paniago Damasceno; Edson Malvezzi; Cibele de Moura Sales
10. A SENSIBILIZAÇÃO PARA O USO DO PALIVIZUMABE PELA EDUCAÇÃO POPULAR: UMA TRANSFORMAÇÃO POSSÍVEL	Elisângela Luna Cabrera;Ednéia Albino Nunes Cerchiarí; Cibele de Moura Sales; Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi
11. ATUAÇÃO DE ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA EM UMA MATERNIDADE: HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO	Caroline Aparecida da Silva Morais, Anelise de Souza Barbosa, Nayara Brandão Moura, Luciana Leonetti

1. PROJETO REINTEGRAR: ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL A SERVIDORES AFASTADOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE POR LONGO PERÍODO

Jaqueline Assis Fernandes Moreti¹

Elisângela Romero Bruno²

¹Assistente Social da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal da Grande Dourados; Email: jaquelinefernandes@ufgd.edu.br_Relator

²Assistente Social da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal da Grande Dourados; Email: elisangelabruno@ufgd.edu.br.

RESUMO

Introdução: O retorno ao trabalho após meses de afastamento devido a uma determinada doença é um momento de grande desafio para o servidor, que envolve aspectos não apenas em relação ao próprio afastamento, mas também em relação ao ambiente de trabalho e sujeitos (chefes e colegas) com os quais ele precisará interagir, pois ele não sabe o que encontrará quando reassumir seu cotidiano profissional, e caso não esteja preparado, irá se afastar novamente até chegar, de forma precoce, a uma aposentadoria por invalidez. Neste sentido, o projeto reintegrar é um trabalho de acompanhamento desenvolvido pela equipe multiprofissional da Divisão de Saúde, Assistência ao Servidor e Segurança do Trabalho da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, a qual é composta por assistentes sociais, psicólogas e médica do trabalho, que refere-se ao acompanhamento para o retorno ao trabalho de servidores com longos afastamentos para tratamento da própria saúde, sendo longo aqui entendido como afastamentos superiores há doze meses. A intervenção se inicia ao longo da licença e se estende após a alta e retorno ao trabalho, com duração média de seis meses a um ano, dependendo do caso. A intervenção consiste em: perícia médica, atendimento psicossocial, articulação junto à chefia e reavaliações periódicas quanto ao grau de satisfação do servidor e da chefia em

relação ao retorno ao trabalho deste servidor outrora afastado. **Objetivos:** Promover a reintegração ao trabalho de servidores com afastamentos longos. **Metodologia:** No período compreendido entre janeiro de 2014 a agosto de 2015, o projeto foi desenvolvido junto a vinte seis servidores com afastamentos longos que foram atendidos pela equipe multiprofissional. Foram realizadas perícias médicas, entrevistas com os servidores e chefias imediatas, atendimento psicossocial e avaliação do retorno. **Resultados:** Dentre os casos analisados, nove servidores continuaram afastados; seis retornaram ao trabalho normalmente; sete retornaram com algumas restrições; e quatro foram aposentados por invalidez. O projeto propiciou verificarmos junto aos servidores quais apresentavam o desejo de retornar ao trabalho e dentre os que retornaram, foi percebido que sentiram-se mais seguros e amparados para esse momento. Com o acompanhamento junto às chefias verificou-se nestas a disposição em dialogar, respeitar as limitações e acolher o servidor em seu processo de retorno.

GT: Práticas Educativas em Saúde

XXXX

2. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE.

Silvia Regina Souza de Azevedo¹

Fausi Padilha Gonçalves²

Rogério Dias Renovato³

¹Enfermeira Mestranda do Curso Mestrado Profissional Ensino em Saúde, UEMS-Dourados-MS, email: sil_azeves@yahoo.com.br

²Farmacêutico Mestrando do Curso Mestrado Profissional Ensino em Saúde, UEMS-Dourados-MS, email: fausipadilha@hotmail.com

³Prof. Dr. do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, UEMS-Dourados-MS, email: rrenovato@uol.com.br

RESUMO

Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. **Objetivos:** conhecer como a equipe de enfermagem do setor de Unidade de Terapia Intensiva percebe a importância da sua atuação profissional com ênfase a segurança do paciente, partindo dos pressupostos teóricos da fenomenologia de Alfred Schutz, e assim identificar subsídios para as práticas educativas em saúde sobre essa temática. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada no período de junho a julho de 2015. A coleta de dados foi através de grupo focal entrevistas individuais, perfazendo 16 entrevistados, e realizada hospital filantrópico de Dourados – MS. Foram incluídos todos os profissionais de enfermagem atuantes na UTI. **Resultados:** Dos entrevistados, treze são técnicos de enfermagem e três enfermeiros, idade entre 25 a 55 anos. Diante das falas dos entrevistados foram-se construindo conceitos e emergindo unidades de significado sobre as vivências e experiências dos profissionais em relação à importância da administração de medicamentos no setor UTI. Dentre eles, estão a

troca de experiências no dia a dia profissional, o que corrobora a concretude de espaços de intersubjetividade, cujas experiências são interpretadas de forma recíproca. As preocupações com a segurança do paciente e o papel da enfermagem foram relatadas, no entanto, o processo de cuidado e aprendizagem ocorrem ao longo da prática profissional, não existindo um espaço formal e sistemático de qualificação profissional. As percepções da enfermagem ainda pautadas em uma prática tradicional, com enfoque no fazer e dissociada do raciocínio clínico e reflexivo, apesar de perceber tentativas de ruptura. Evidenciou-se que os desencontros sobre administração de medicamentos no cotidiano desses profissionais, poderiam ser atenuados a partir de práticas educativas críticas e reflexivas referentes ao tema proposto, estabelecendo estratégias de enfrentamento a um paradigma tradicional da enfermagem, que prioriza a execução de tarefas.

GT: Práticas Educativas em Saúde

3. PERCEPÇÕES DE MULHERES ACERCA DO EXAME PREVENTIVO: O GRUPO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Janaina Santana dos Santos¹

Luciana Leonetti Correia²

¹Formada em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados;

Email: janaina_santana89@hotmail.com. Relator.

²Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados; Email: lucianacorreia@ufgd.edu.br

RESUMO

Introdução: O câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer que mais atinge as mulheres no Brasil, o principal fator de risco para seu desenvolvimento é a infecção pelo papilomavírus Humano (HPV), contudo essa neoplasia possui um alto potencial de cura, desde que diagnosticada e tratada precocemente. A forma de diagnóstico é pelo exame colpocitologia oncótica/Papanicolau/preventivo, porém a realização desse esbarra em algumas questões para a mulher que vão desde o constrangimento de ter que expor o corpo, medo do procedimento, desconhecimento da importância da realização do mesmo entre outros motivos. **Objetivo(s):** Esse relato de experiência teve por objetivo apresentar e discutir o trabalho desenvolvido junto às mulheres que iriam se submeter ao exame preventivo em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** Os grupos foram realizados uma vez por semana com mulheres atendidas em uma ESF de Dourados/MS. Para iniciar as discussões foram utilizadas duas dinâmicas, as quais tinham por objetivo identificar as percepções em relação ao exame, o conhecimento acerca do vírus HPV, o modo de transmissão e tratamento. **Resultados:** Foram realizados quinze grupos, contando com a participação total de cerca de noventa mulheres. A realização do exame preventivo apareceu atrelada as seguintes emoções: desconforto, medo, dor, vergonha, constrangimento. As

palavras saúde, doença e prevenção também surgiram vinculadas ao exame preventivo. A cultura, enquanto reguladora do corpo feminino, foi levantada como um fator que dificultava a realização do exame. Verificou-se que os grupos foram uma estratégia eficaz para o levantamento e questionamento dessas percepções, essa estratégia também assegurou que a educação em saúde fosse realizada de forma dinâmica e participativa.

GT: Práticas Educativas em Saúde

Agradecimento: A bolsa concedida pelo PET- Saúde/UFMG acadêmica; as mulheres participantes e à instituição que cedeu o espaço para a realização do grupo e aos profissionais da instituição.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, ficando atrás apenas do câncer de mama e do de cólon e reto, configura-se assim num grave problema de saúde pública. O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus Humano (HPV), em especial o vírus 16 e o 18. Nesse processo, a idade também se mostra um fator importante; nas mulheres com idade superior a 30 anos a persistência das infecções é mais frequente¹. Outros fatores associados são: início precoce da vida sexual ativa, multiplicidade de parceiro, fumo, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas A e E, uso de contraceptivo oral².

Apesar da alta prevalência essa é uma das neoplasias que apresenta alto potencial de cura, desde que diagnosticada e tratada precocemente³. Para que isso aconteça a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, também chamado de colpocitologia oncótica, Papanicolau ou, ainda, preventivo - como é popularmente conhecido - é fundamental.

O fato de o exame ter sua importância reconhecida e ser ofertado nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) não impede que uma parcela considerável de mulheres deixe de realizar o exame. A não realização ou mesmo o não comparecimento para retirada do

resultado do exame esbarra em algumas questões, dentre elas destacam-se a falta de informações, o medo do procedimento e a vergonha de expor o corpo.

Sobre o não retorno da mulher as ESFs para receber o resultado do exame podem ser traçadas três categorias nas quais distinguem motivos relacionados à mulher, ao profissional e ao serviço. Nos motivos relacionados à mulher aparecem questões referentes a dificuldades financeiras e de locomoção, falta de tempo devido à vida laboral, esquecimento, falta de informação sobre o exame. Em relação ao profissional destaca-se o descontentamento em relação atendimento ofertado por esse. Já no que tange ao serviço, greves, atrasos na liberação dos resultados, dificuldades de remarcar o atendimento quando na impossibilidade de comparecer na data pré-definida surgem como empecilhos para o não retorno a ESFs⁴.

A qualidade do contato estabelecido com o profissional da saúde também interfere no tratamento do usuário. Nesse sentido, é fundamental que o profissional não só ofereça as informações, mas certifique-se que foi compreendido, pois ao sair do serviço de atendimento bem orientado, o usuário poderá se transformar em um agente multiplicador em sua comunidade e não retornar à unidade apenas para receber o seu resultado⁴.

Na atenção primária, o trabalho com grupo é uma opção viável para a prática de educação em saúde já que além de possibilitar uma intervenção criativa no processo saúde doença, permite a troca de experiência e a valorização do saber dos integrantes⁵. Não à toa são desenvolvidas nas ESF práticas com grupos formados por usuários de programas diversos, como: planejamento familiar, gestante, pré-natal, puericultura, pressão alta, sala de espera. As pessoas que estão na sala de espera, inicialmente, não são um grupo, e sim um agrupamento, uma vez que, essas pessoas que se encontram neste espaço nem se conhecem e nem chegam a manter um vínculo estável. Entretanto, quando essa atividade se instala pela iniciativa dos profissionais de saúde forma-se, então, um trabalho de grupo, de forma particular para aquele contexto⁶.

O profissional da saúde pode utilizar o potencial do grupo para

ajudar o paciente e usuário a realizar desde tarefas simples às mais complexas, pois um dos objetivos dos grupos deve-se centrar em melhorar o autocuidado, proporcionar as pessoas comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos por meio da troca de experiências dentro do grupo⁵.

OBJETIVO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência que teve por objetivo apresentar e discutir o trabalho desenvolvido junto às mulheres que iriam se submeter ao exame de prevenção do câncer do colo do útero, papanicolau ou preventivo, como é comumente conhecido, em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODO

Esse estudo foi desenvolvido como parte do trabalho desenvolvido dentro do Programa de Educação para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no decorrer do ano de 2014 junto às mulheres que iriam se submeter ao exame de prevenção papanicolau na ESF 43, em um bairro na cidade de Dourados/MS.

Os grupos eram realizados uma vez por semana, sempre às quintas-feiras no período vespertino. As mulheres aguardavam a realização do exame no saguão da ESF, juntamente a outros usuários. Elas eram convidadas a participar do grupo que acontecia numa sala reservada.

Inicialmente, era realizada uma apresentação das mulheres e, em seguida, elas eram informadas como ocorreria o grupo. Esclarecia-se que a participação era totalmente voluntária, não obrigatória e sem prejuízos ao atendimento que ela receberia da ESF. Destacava-se ainda que esse era um espaço importante para que elas pudessem compartilhar suas dúvidas em relação ao exame.

É importante mencionar que nos grupos realizados cada integrante participou uma única vez, isso porque o grupo acontecia com as mulheres que iriam se submeter ao exame preventivo de câncer do

colo do útero, o qual preconiza-se que seja realizado anualmente.

Durante os 15 encontros foram utilizadas duas diferentes estratégias para iniciar o diálogo com as mulheres, a saber: Palavra imã e Caixa das emoções. Essas serão explicadas mais adiante. A primeira dinâmica foi denominada “palavra imã”; nessa era escrito no centro da cartolina a palavra “Preventivo” e solicitado às mulheres que escrevessem ao redor o que lhes viesse à cabeça quando pensava na mesma. Em seguida, uma a uma, as palavras eram discutidas. As palavras que surgiram foram: vergonha, medo, dor, desconforto, saúde, doença, cultura, prevenção, sexo, constrangimento, consciência, cuidado, segurança, rotina, receio, família, valorização da vida, bem-estar, ansiedade e preconceito.

A segunda atividade foi a “caixa das emoções”, nessa as palavras colhidas ao longo das aplicações da primeira dinâmica foram colocadas dentro de uma caixa e, com as mulheres sentadas em roda, pedia-se que retirassem um papel e lesse para o grupo. Na seqüência era questionado se se identificavam com a emoção/ sentimento que havia tirado, em seguida era perguntado se alguém mais no grupo se identificava e/ou gostaria de compartilhar algo. Em síntese, nesta segunda atividade julgou-se pertinente levar as “emoções prontas” e verificar se havia correlação entre essas e o sentimento das mulheres ali presentes.

Nos grupos, eram abordados temas como: a importância do exame enquanto meio de prevenção do câncer do colo do útero; as dúvidas, representações e sentimentos das mulheres quanto ao exame e questões subjacentes a ele; divulgação de informações sobre formas de transmissão e prevenção do vírus HPV e do câncer do colo do útero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir serão apresentados em categorias que foram criadas tendo por base o discurso apresentado pelas cerca de noventa mulheres que participaram dos grupos.

1-Vergonha: Esse sentimento foi verbalizado

pelas mulheres em todos os grupos realizados. As mulheres, em geral, relatavam que o exame é um momento de muita exposição, no qual precisam se despir para um desconhecido (mesmo esse sendo um profissional da saúde), o que geraria muita ansiedade. Verificou-se que mostrar os órgãos sexuais estava muito atrelado ao erotismo, tanto que surgiram falas no seguinte sentido: “eu não fico assim nem para o meu marido”; “a gente só fica no escuro”, “a gente foi ensinada a vida inteira a ficar com as penas fechadas, e agora tem que abrir”.

2-Medo: O medo apareceu na fala das mulheres em dois momentos diferentes: em um primeiro e mais imediato, relacionado especificamente ao medo do exame a ser realizado. Em um segundo momento, o medo do resultado do exame também foi expresso, “medo de estar com alguma doença ruim”.

3-Dor: A dor apareceu na fala de algumas mulheres que já haviam realizado o exame. No entanto, era um tema bastante divergente, pois enquanto umas relatavam que sentiam dor, outras diziam que não sentiam nada. Sobre esse tema, foi debatido que como cada sujeito era um ser único, cada uma delas tinha o seu próprio limiar de dor.

4-Desconforto e constrangimento: ainda que, inicialmente, esse tema apareceu atrelado à posição ginecológica que as mulheres têm que ficar para que a realização e coleta do exame ocorra, no decorrer da discussão, em geral, voltava-se às questões já mencionadas sobre a exposição do corpo ao outro.

5-Saúde versus doença: esses polos sempre estiveram presentes nos discursos das mulheres. A recomendação anual do Papanicolau nem sempre era respeitada como um cuidado à saúde e à

prevenção de doenças, doenças essas que muitas não sabiam dizer. Além disso, verificou-se que maioria das mulheres não seguia as recomendações do ministério da saúde de realizar o exame anualmente e, caso dois resultados sem alterações, uma vez a cada três anos. Este tema explorou ainda o conhecimento das mulheres a respeito do HPV, assim como forneceu informações acerca das formas de transmissão/ prevenção e tratamento, ratificando a necessidade de ações preventivas na saúde dessas mulheres. Além disso, falas do tipo “a gente só vai ao médico quando tá doente”, “vim porque comecei sentir umas dores no pé da barriga” “já tive câncer, me tratei, agora tenho que fazer acompanhamento sempre” refletiam o descaso com a própria saúde física. Quanto a esse tema, muitas mulheres reconheceram a necessidade de cuidar mais de si, do próprio corpo, da saúde.

Os achados refletem, em parte, o que a literatura relata acerca da falta de informação sobre o exame⁴. A orientação à mulher, capacitando-a a compreender a importância da prevenção do câncer do colo do útero seria, por exemplo, uma estratégia útil para a superação desse problema.

Além disso, os sentimentos desvelados pelas mulheres participantes do grupo possibilitam uma melhor compreensão de sua experiência e do que é vivenciado por elas. Identificar e reconhecer os sentimentos dessas mulheres implica em adentrar em um plano profundo de vivências e emoções muitas vezes difíceis de serem reveladas, uma vez que acompanham segredos, desejos, medos, culpas entre outros sentimentos próprios da sexualidade feminina.

CONCLUSÃO

Essa experiência vai ao encontro de propostas as quais consideram que o processo educativo genuíno na saúde consiste na educação problematizadora e questionadora, na medida em que

busca o desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos e usuários do sistema de saúde⁷.

Por fim, é importante frisar que, por meio desse relato de experiência, o grupo pode ser uma estratégia para problematizar as percepções das mulheres, contribuindo assim não só para a transmissão como para a construção coletiva de um saber em saúde, além de proporcionar o reconhecimento dos sentimentos que emergem nessa população em virtude da realização do exame.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância [Internet]. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
3. Peretto M, Drehmer LBR, Bello HMR. O não comparecimento ao exame preventivo de câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. *Cogitare enferm.* [Internet] 2012;17(1).
4. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolau. *Rev Latinoam Enferm.* 2006;14(4):503–9.
5. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev APS.* 2009;12(2):221-7.
6. Teixeira ER.; Veloso, RCO. Grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.
7. Dall'Agnol CM, Resta DG, Zanatta E, Schrank G, Maffaccioli R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007 Mar; 28(1):21-6.

4. EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO

Ingrith Raphaelle Rodrigues Calças¹

Lourdes Missio²

Kátia Gianlupi³

Márcia Regina Martins Alvarenga⁴

¹ Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: ingrith_raphaelle@hotmail.com. Relator

² Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: lourdesmissio@uems.br

³ Nutricionista, mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: katiagianlupi@hotmail.com

⁴ Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: marciaregina@uems.br

RESUMO

Introdução: A educação popular é uma teoria pedagógica que embasa e orienta práticas educadoras críticas, conscientizadoras e libertadoras. Realiza-se através de processos contínuos e permanentes de formação com a intencionalidade de modificar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos, efetivação de políticas públicas e transformação social. A educação em saúde deve promover a minimização das diferenças sociais e organização popular a fim de se obter um alto nível de saúde da população, para tal o educar se torna imprescindível para esta finalidade.

Objetivos: Este artigo objetivou abordar, inicialmente, a questão da educação popular em saúde visando aprofundamento teórico e assim avançar na compreensão dos desafios e potências encontrados pelos profissionais da saúde nesta prática educativa, com foco no profissional enfermeiro. **Metodologia:** Utilizou-se a pesquisa bibliográfica exploratória, qualitativa, com ênfase na temática da educação popular em saúde. Os artigos foram selecionados na base de dados *Bireme*, utilizando o descritor: educação popular em saúde. **Resultados:** Apreende-se que o objetivo da EPS não é apenas o de transmissão de conhecimentos,

mas, a ampliação dos espaços de interação e negociação entre os atores envolvidos, possibilitando a construção compartilhada do conhecimento e abrindo caminho para a conquista de liberdade e direitos dos todos os envolvidos.

GT: Práticas Educativas em Saúde.

1-

2 - Introdução

A saúde é um direito de todos e dever do estado garantido através de políticas públicas. Deste modo, quando se pensa em saúde remete-se também às formas de promoção da saúde, com relação a essa última, pode-se destacar a inclusão de atividades com teor educativo. A promoção em saúde pode ser fracionada em duas vertentes consideradas como primordiais: a primeira que envolve a educação em saúde efetivada de forma tradicional nos serviços de saúde, incluindo, a realização de palestras e orientações verbais a respeito da prevenção de patologias e a outra a educação popular em saúde¹.

Na perspectiva de que a educação é um fator inerente à saúde, faz-se necessário que a prática da educação em saúde tenha como característica preceitos emancipatórios e participação com vistas à autonomia do indivíduo.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, visado os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), deliberou como prioritária a construção de iniciativas que promovessem a gestão participativa e descentralizada levando em consideração a participação popular². Em conformidade com esses pressupostos, a Educação Popular em Saúde (EPS) é um valioso instrumento para tornar mais próxima à saúde real da população dos serviços e profissionais envolvidos na assistência. As premissas da educação popular partem dos princípios da valorização do saber popular na produção de um conhecimento compartilhado resultante da interação e do diálogo entre este tipo de saber e o saber científico³. O conceito de educação popular relaciona-se com a realização de processos contínuos e permanentes de formação, que possui a intencionalidade de

transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos, efetivando as políticas públicas e transformação social⁴.

3- Objetivo geral

1. Aprimorar o conhecimento em educação popular em saúde a partir de um levantamento bibliográfico

Objetivo específico

2. Compreender os desafios e potências encontrados por profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, na prática da educação popular em saúde no cotidiano dos serviços.

Método

Utilizou-se o método da pesquisa bibliográfica exploratória, tendo como foco a temática da educação popular em saúde. Neste tipo de pesquisa, o autor pretende familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido por ele ou raro em questões de exploração científica⁵. A seleção dos artigos foi realizada na base de dados *Bireme*, utilizando o descritor educação popular em saúde, levando em consideração o ano de publicação e a relação com o tema central do estudo. Os critérios de inclusão para a triagem desses estudos foi que estes tivessem sido publicados a partir do ano de 2008 no Brasil, em língua portuguesa, completos e disponíveis *online*. Os textos que apareceram em duplicatas tiveram uma de suas versões excluída. De acordo com o descritor citado foram encontrados 185 artigos dos quais foram selecionados 10 após leitura prévia de seus resumos. Todos os documentos foram submetidos à leitura para síntese e composição desta pesquisa. Além desses foram incluídos na pesquisa dois materiais bibliográficos do Ministério da Saúde publicados respectivamente nos anos de 2007- o Caderno de Educação Popular e Saúde e 2014 – II Caderno de Educação Popular em Saúde, além do livro do autor Eymard Mourão Vasconcelos intitulado Educação Popular e atenção à saúde da família, publicado no ano de 2008. Esse último serviu como base

para todas as discussões a respeito do tema. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”⁶.

Resultados e discussões

A EPS é apoiada na teoria da Educação Popular e pressupõe uma metodologia de educação que tenha como ponto inicial o conhecimento das pessoas levando em consideração sua realidade e induzindo os envolvidos à maturação de uma consciência crítica com o objetivo de construir os “saberes” em conjunto. Ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar em discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo.

Seu diferencial está na não fragmentação entre dimensões materiais, problemas sociais, cultura e saber, buscando desta maneira relacionar problemas específicos de saúde com o contexto político e econômico geral que determinada população apresenta⁷. Outro aspecto importante a respeito da educação popular, é que esta está pautada no diálogo entre sujeitos envolvidos no processo, pela educação embasada no princípio da humanização e por fim na compreensão integral do ser humano como sujeito composto por variadas dimensões⁸. Assim, a Educação Popular em Saúde se configura como uma forma de transformação das tradicionais práticas de educação em saúde, detentora de uma significativa possibilidade de mudança na política e no quesito participação popular, levando a uma modificação positiva que compreende a promoção em saúde e a melhora na qualidade de vida dos indivíduos e da população em geral.

A partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde teve incorporada em sua estrutura o campo da Educação Popular em Saúde de forma que esta orientasse suas ações, seus projetos políticos e modificasse as práticas de educação em saúde que eram antes realizadas nos

serviços. Os objetivos primordiais de tal método era que pudesse haver uma participação ativa da comunidade, proporcionando à população um maior acesso à informação significativa para esses sujeitos e conseguir transformar suas atitudes de forma que essas promovessem uma melhor qualidade de vida².

A partir de então dentro do âmbito do SUS houveram significativos esforços para a mudança da concepção e da forma como eram realizados os métodos de educação em saúde. A EPS começou então a ser vislumbrada como uma relação pedagógica promissora no processo de ensino-aprendizagem, fazendo assim que passasse a existir interação e aproximação entre os profissionais de saúde e a população. Desse modo, pode-se afirmar ainda que a EPS é um modo efetivo de articulação entre os níveis de atenção e de gestão, auxilia na formulação de políticas de voltadas à saúde e ainda é comprometida com os princípios do SUS⁹.

Os resultados desse advento foram: uma assistência menos restrita apenas à doença em um determinado período de tempo, o estabelecimento de relações intersubjetivas entre os sujeitos, a inclusão do saber popular no saber científico e por fim a incorporação da necessidade do indivíduo como participante do processo de educação. Outro aspecto é que a educação popular não objetiva apenas a transmissão de um determinado conhecimento, mas, o debate entre os envolvidos no processo visando uma construção compartilhada deste. Nesse contexto ainda problematiza, em discussões abertas, os fatores que incomodam ao invés de concretizar conceitos e comportamentos que poderiam ser considerados adequados ou corretos. Tem como meta final a mudança da realidade, mediante a uma reflexão sobre ela juntamente com uma prática transformadora⁷.

Essa proposta tem como ponto inicial saberes prévios dos educandos, saberes que vão sendo construídos pelos envolvidos à medida que eles passam por experiências em suas vidas, até que esses comecem a ser considerados como significativos. Assim, amplia-se a capacidade de análise crítica e de participação desses em todo o seu processo de vida, bem como em questões relacionadas à sua saúde¹⁰.

Nesse contexto a EPS contribui para a reconfiguração de novos espaços de participação popular no contexto do SUS. No entanto, cabe ressaltar que atualmente a institucionalização da EPS não se limita apenas ao setor de saúde, observa-se que há diversas outras áreas que buscam também implementá-la como referencial político-metodológico de suas políticas¹¹.

Nesta perspectiva a educação popular é um instrumento útil para a conscientização e reflexão, porque os conteúdos abordados por ela, bem como suas ações, são inicializados pela própria sociedade de acordo com a realidade desses¹. Apesar de todo o movimento referente à EPS de décadas anteriores, essa foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) apenas no ano de 2013 pela portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Entre seus objetivos estão o diálogo, a problematização, a construção partilhada de conhecimento, a emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular¹².

Mesmo datando de um período bem próximo, essa matriz teórica da educação é bastante debatida, pois influencia diretamente o campo da saúde, com possibilidade inquestionável de construção de novos sujeitos e aplicação em todas as áreas do SUS.

Outra questão é que o ponto crucial do trabalho de saúde é a existência de uma relação entre os sujeitos – profissionais e usuários dos serviços. Sendo assim, podemos afirmar que as práticas de educação em saúde abrangem três segmentos de atores: a população, como agente participativo e ativo na construção de seus conhecimentos, com vistas ao aumento de sua autonomia e manutenção da saúde; os gestores; e os profissionais de saúde que trabalham a prevenção e a promoção da saúde¹³. As práticas de educação, por sua vez, são inerentes ao trabalho em saúde, porém, em algumas situações essas são deixadas em segundo plano até mesmo na realização do planejamento, na organização dos serviços, na execução das ações que envolvam o cuidado e pelos profissionais e também por gestores. Percebe-se então que além da proposta pedagógica da EPS em si e da participação popular que é primordial ao processo, outros personagens também são necessários nesse contexto: os profissionais de saúde.

Esses devem promover o envolvimento dos indivíduos na educação, reconhecendo a capacidade do outro em determinar seu próprio bem-estar e como ser que possui autonomia, afinal esta última é um dos pilares principais da EPS. Para que o profissional tenha esse posicionamento é essencial então que ele não apenas se volte para as carências existentes na população, mas, também em suas potencialidades¹⁶.

O profissional precisa perceber que a população é capaz de organizar e sistematizar pensamentos complexos sobre a realidade em que vive, ao mesmo tempo em que é preciso identificar quando há erros por parte da população⁷.

Sabendo que as práticas educativas garantem o fortalecimento do papel de protagonismo dos sujeitos populares e da participação popular, pode-se propor que as ações de educação popular na saúde sejam embasamento para a maior aproximação desses grupos e ainda garantam contribuição na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades da sociedade nesse campo¹⁵. Percebe-se então que além de propiciar modificação no modo de se “fazer saúde”, essa metodologia pode também transformar a formação inicial, que pode estar baseada em práticas problematizadoras e críticas.

A não consonância na educação em saúde se deve à formação diferenciada a qual os profissionais são submetidos e também à importância que estes atribuem à tal prática, fazendo assim com que haja ainda atividades educativas pouco inovadoras, pouco embasadas em conhecimentos científicos e afastadas da educação popular em saúde. Tais resultados evidenciam que há necessidade de ampliação dos conhecimentos sobre a EPS, qualificação e modificação na formação dos profissionais para atuações que tenham como objetivo a obtenção de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e populações¹⁶.

Outra questão que impede a adesão dos profissionais de saúde a essa proposta pedagógica, é a dificuldade que os serviços de saúde apresentam para transpor as práticas hierarquizadas e verticais que marcam o modelo hegemônico de educação em saúde. No campo da enfermagem mais precisamente, as ações educativas acabam por

ficarem restritas, em sua maioria, a práticas individuais, voluntárias, sem que haja uma organização ou que sejam pensadas coletivamente³.

Apesar desta realidade, a incorporação das práticas inovadoras da EPS podem possibilitar modificações na formação profissional do enfermeiro, promover novas experiências neste palco de atuação e contribuir para a expansão desta proposta pedagógica no processo de trabalho¹⁷. A dimensão educativa no trabalho de enfermagem sempre foi valorizada, muitas vezes até mais que outras profissões, porque o enfermeiro pela sua formação é um educador. No entanto, essa dimensão pode ser entendida como uma ação técnica complementar e facultativa ao invés de ser incluída como uma prática profissional inerente à profissão.

Assim, o campo da EPS é relevante para o “fazer” da enfermagem, por ser uma ação pedagógica com modelos críticos e reflexivos, que possibilita ao profissional evoluir em suas análises a respeito das relações entre as condições reais, modo de vida e a produção e manutenção da saúde, possibilitando que o cuidado ultrapasse os limites da técnica e abranja também a promoção da saúde em forma de educação em saúde.

4 - Conclusão

A educação popular em saúde exige não apenas um conteúdo revolucionário, mas, necessita também de um processo de discussão que consiga romper com a transmissão vertical do conhecimento. Assim, a participação popular sobre essa perspectiva é considerada fundamental, tendo na educação em saúde uma forma de desenvolvimento do indivíduo como protagonista de sua própria saúde, o que irá lhe proporcionar a possibilidade eminente de melhora de vida. Considera-se que no âmbito das práticas educativas, a EPS, tem um papel primordial na transformação dos sujeitos participativos segundo os pressupostos do SUS. Assim, é de suma importância que as metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas, tais como as utilizadas nas ações de educação popular em saúde, façam parte do contexto do cuidado,

inseridas nas necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade. Por fim a EPS exige, portanto, ações voltadas para o desenvolvimento de atitudes politizadas desses profissionais e também da população alvo das práticas educativas.

5 - Referências

1. Patrocínio WP, Torres SVS, Guariento ME. Programa de educação popular em saúde: hábitos de vida e sintomas depressivos em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013 Jul; 16 (4):781-792.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.
3. Borges MTT, Barbosa RHS. Confluindo gênero e educação popular por meio de um pesquisa-ação para a abordagem do tabagismo feminino em contextos de vulnerabilidade social. *Interf* 2013 Set; 17(46):601-614.
4. Liu E. Educação Popular. Instituto Paulo Freire [periódicos na Internet]. 2014 Jun [acesso em 25 abr 2015]. Disponível em: <<http://www.paulofreire.org/programas-e-projetos/educacao-popular>>.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003.
7. Vasconcelos EM. Educação Popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p.
9. Chaves L, Alves AC, Souza J, Barros L, Araújo PD, Silva TPC. Curso “Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde”:

uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS. *Interf* 2014 Mar; 18(2):1507-1512.

10. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública* 2011 Jan; 27(1):7-18.

11. Bonetti OP, Odeh MM, Carneiro FF. Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. *Interf* 2014 Abr; 18(2): 1413-1426.

12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2761 de 19 de Novembro de 2013. Institui a política nacional de Educação popular em saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União* 19 nov 2013; Seção 1.

13. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014 Mar; 19(3):847-852.

14. Gomes LB, Merhy EE. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. *Interf* 2014 Mai; 18(2):1427-1440.

15. David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Rev Bras Enferm* 2012 Fev; 65(1):179-185.

16. Flisch TMP, Alves RH, Almeida TIC, Torres HC, Schall, VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde. *Interf* 2014 Dez; 18(2):1255-1268.

17. David MSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Rev Bras Enferm* 2010 Jan; 63(1): 127-131.

5. EDUCAÇÃO POPULAR COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO CUIDADO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Simara de Sousa Elias ¹

Profa. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari ²

¹ Estudante do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: simaraelias@ufgd.edu.br. Relatora.

² Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: edcer@terra.com.br

RESUMO

Introdução: A Reforma Psiquiátrica impulsionou um processo de mudança da reformulação do modelo assistencial com a participação de profissionais, comunidade e familiares no cuidado em Saúde Mental. Em conformidade com este cenário o Ministério da Saúde tem fomentado e incentivado a criação de mecanismos e espaços, que visem à gestão participativa e a descentralização, no sentido de aproximar a saúde, sobre a ótica da população, à maneira como são organizados os serviços e a ação dos profissionais que compõem o Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** descrever a(s) dificuldade(s) enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar; pensar a família como protagonista do cuidado em saúde mental; compreender a percepção da família em relação ao cuidado do paciente com transtorno mental e incentivar serviços de Saúde Mental a adotarem modelos e práticas que favoreçam a inclusão da família durante todas as fases do tratamento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo realizado com familiares de pacientes portadores de transtorno mental em internação em um Hospital Universitário (HU), no período de agosto a outubro de 2014. Os passos metodológicos da Análise de Conteúdo foram utilizados para o tratamento dos dados. **Resultados:** Os resultados demonstram que a dependência de um terceiro como recurso extra;

o desemprego; a imprevisibilidade do comportamento do paciente e de alguém externo ao ambiente familiar e a adesão ao tratamento medicamentoso, são as dificuldades relatadas pela família frente à alta hospitalar.

GT: 1- GT Práticas Educativas em Saúde

Introdução

O modelo de assistência em saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica exige a participação da sociedade, o trabalho em equipe e a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental¹. Nessa perspectiva, a família é entendida como locus de cuidado desse paciente, no qual se delineiam decisões e estratégias para lidar com o diagnóstico. Torna-se, portanto, um grupo com potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes.

Desta forma, quando o transtorno mental é compreendido pela família, conseqüentemente a expectativa em relação ao paciente é reduzida, tornando-se mais fácil para os familiares terem experiências exitosas em relação aos cuidados sobre aquele.

Acreditamos que a estratégia de Educação em Saúde possibilita essa compreensão e propicia às famílias, um espaço de reflexão acerca dos seus anseios oriundos do cotidiano no cuidado do familiar adoecido.

No Brasil, as primeiras ações de Educação em Saúde tiveram sua gênese no século XX. Com caráter autoritário, tecnicista e biológico, os sujeitos que representavam as classes populares eram encarados como passivos e sem iniciativa².

Desde então o Ministério da Saúde tem tornado evidente os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da criação de mecanismos e espaços, que visem à gestão participativa e a descentralização, no sentido de aproximar a saúde, sobre a ótica da população, à maneira como são organizados os serviços e a ação dos profissionais que compõem o SUS³.

Objetivos

Objetivo Geral

Descrever a(s) dificuldade(s) enfrentada(s) pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar.

Objetivos Específicos

1. Pensar a família como protagonistas do cuidado em saúde mental;
2. Compreender a percepção da família em relação ao cuidado do paciente com transtorno mental;
3. Incentivar serviços de Saúde Mental a adotarem modelos e práticas que favoreçam a inclusão da família durante todas as fases do tratamento.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando-se a abordagem qualitativa, tendo em vista o interesse no aprofundamento das questões de natureza subjetiva.

O cenário de estudo foi o Hospital Universitário de Dourados, no estado de Mato Grosso do Sul, com atendimento 100% Sistema Único de Saúde (MS). Sendo o local para a realização do estudo a enfermaria de psiquiatria, localizada na Clínica Médica desse nosocômio.

A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica para coleta de dados. Uma questão disparou o diálogo, sendo ela: Qual(s) a(s) dificuldade(s) enfrentada(s) pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar?

Foram definidos, como sujeitos da pesquisa, as famílias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter familiar internado na enfermaria de psiquiatria do HU de Dourados/MS com diagnóstico de Transtorno Mental no período de agosto a

outubro de 2014; residirem em Dourados/MS; ter idade igual ou maior que 18 anos e já terem vivenciado o processo de internação de seus entes.

Após submissão, apreciação e aprovação do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), CAAE n° 32441814.7.0000.0021, parecer n° 746.259 e à Comissão de Ética em Pesquisa, Ensino e Extensão do HU, respeitando-se a Resolução n° 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, iniciamos a coleta de dados. Devido à manifestação de acordo, os familiares foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma em posse do familiar e a outra do entrevistador.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas posteriormente. Seguimos os passos da Análise de Conteúdo, que inclui a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados⁴.

Para identificação das famílias foi utilizada a sequência alfabética de A a E, conforme segue: Família A, Família B, Família C, Família D e Família E.

Resultados e Discussão

Os relatos apresentados neste estudo apontam, aos tratarmos sobre as “*dificuldades enfrentadas pela família ao acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar*”, desafios vivenciados, principalmente, pelas pessoas responsáveis durante o cotidiano do cuidado do paciente com transtorno mental no espaço doméstico. Nesse cenário, a família é vista como suporte, recurso e provedora de cuidados.

“As reais assim, é sempre assim dependente assim das pessoas, precisam levar, tem que contar com alguém [...] Ele acha que a gente prende ele, não é questão de prender. Ele não tem condições de sair na rua sozinho, [...] se acontece alguma coisa, a responsabilidade é nossa né? [...]

Porque Deus me livre acontece alguma coisa com ele a gente vai se sentir culpado por ter deixado, ou alguém vai culpar a gente, como que vocês sabem que ele tem isso, como que vocês deixaram ele sair?” (sic) (Família A)

“A alta [...] tem que levar pra casa, não tem o que fazer [...] Acho que se tivesse algum laudo dizendo que ela tem essa doença que pudesse encostar ela, acho que talvez ela melhorava.” (sic) (Família B)

“Oh não sei, eu vivo assim só eu e ela, quando ela sai pra vim pro hospital eu sinto falta dela né, porque é só eu e ela, só que no mesmo tempo até as crianças se sente até melhor em casa, sabe? Eles não briga comigo, não briga, não tem com quem eles brigar né, eles brincam entre os dois, eles brigam também, mas não tem ela pra brigar e eles fica até mais calmo. Mas ele chegou aí começa. Vix::: Mas é uma gritaria, é uma, sabe eles fica sem controle sabe? Não sei porque que eles fica desse jeito, é só ela chegar [...] Ela chega bem, com poucos dias ela começa ficar agressiva de novo, poucos tempo, ela começa. Só que eu gostaria também que ela se ajudasse né, ela não se ajuda. Ela sai daqui boa, com o tempo ela já ta ruim de novo, só que ela não se ajuda.” (sic) (Família C)

“Aí é complicado, porque a gente não sabe a reação dela depois né? Não sabe o que passa na cabeça de uma pessoa assim. Não sabe como vai ser o comportamento depois, se ela vai fugir ou se não vai [...], ninguém sabe a reação da pessoa pra fora

daqui, não sabe se foge, ou se vai ficar em casa, se vai tomar o remédio quando for dar, não sabe como que vai ser a reação, não tem como dizer alguma coisa exata assim, uma posição.” sic (Família D)

“É muito preocupante. Primeiro, eu estou sem ninguém em casa, ele vai ficar sozinho, ele tem essa implicância com os vizinhos [...] Eu tenho um pouco de receio de que ele abra portão, ele tem acesso, ele tem o controle dele né, não posso trancar ele em casa, não é um bicho, um animal, e mesmo que fosse, nem animal a gente não prende né [...] A minha preocupação é dos vizinhos em relação a ele [...] Já pensou como a mulher vai se sentir, acuada e ameaçada se eu me sinto as vezes entendeu? Imagina ela? É capaz dela ir lá pegar uma arma, ou então sei lá, chamar a polícia, entendeu? E até eu provar que não tem nada a ver. A situação dessa criatura entendeu? Então é difícil por isso, porque eu penso não em mim, eu penso, porque trabalho com ele eu sempre vou ter, não tem essa história de falar assim “ai eu não mereço isso”, eu acho que tudo o que você [...] o que vem pra você tem algum significado e algum recado, né? Seja de Deus ou seja de quem for, mas é uma coisa pra você entender e não se queixar, não é verdade? Então o meu, a minha preocupação não sou eu, a minha preocupação é alguém fazer alguma coisa pra ele e não ele fazer” (sic) (Família E).

Para a família o fato de precisar de recursos extras, explicitado através da fala: *“As reais assim, é sempre assim dependente*

assim das pessoas, precisam levar, tem que contar com alguém [...] (sic) (Família A)”, que nesse caso pode ser considerado a dependência de um terceiro, para o alcance de um fim, significa motivo de dificuldade em relação à alta hospitalar e ao seguimento do tratamento na Rede de Serviços Substitutivos.

Outra dificuldade abordada é a melhora do quadro clínico do familiar adoecido associada à possibilidade de aquisição de benefício assistencial, devido à situação atual de desemprego oriunda do diagnóstico de Transtorno Mental, observada através do relato: “[...] *Acho que se tivesse algum laudo dizendo que ela tem essa doença que pudesse encostar ela, acho que talvez ela melhorava*” (sic) (Família B).

É comum familiares receberem auxílio financeiro quando um de seus membros sofre transtorno mental, porém na maioria dos casos, os mesmos familiares, afirmam que este benefício não satisfaz a todas as demandas da família, como compra de medicamentos, reposição de material domiciliar, renda familiar prejudicada em face da necessidade de haver um cuidador – que, muitas vezes, tem que deixar seu trabalho remunerado, além da dificuldade de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho⁵.

É motivo de aflição saber que por conta do diagnóstico o ente adoecido não conseguirá de imediato ou por tempo indeterminado ser inserido no mercado de trabalho ou, em alguns casos, o fato desse ente precisar de um cuidador no domicílio refletirá no desemprego desse responsável pela sua supervisão. Certamente, isso reflete no ambiente doméstico e nas relações entre os demais membros da família.

Sabe-se que a convivência da família com o portador de transtorno mental nem sempre é harmoniosa, é permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. Por conta disso, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar e reorganizar suas estratégias e dinâmicas familiares⁶.

A imprevisibilidade em relação ao comportamento desse indivíduo gera na família insegurança e desconforto, porque

convivem com a expectativa que algo repentino possa acontecer. “[...] ninguém sabe a reação da pessoa pra fora daqui, não sabe se foge, ou se vai ficar em casa, se vai tomar o remédio quando for dar, não sabe como que vai ser a reação, não tem como dizer alguma coisa exata assim, uma posição” (sic) (Família D). Mas ao mesmo tempo surge o desejo de ter o paciente por perto, pelo fato dele pertencer àquele núcleo familiar “[...] quando ela sai pra vim pro hospital eu sinto falta dela né, porque é só eu e ela [...]” (sic) (Família C).

Essa insegurança em relação ao cuidado da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio, envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso implica em perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independente das limitações ocasionadas pelo transtorno mental⁷.

A adesão ao tratamento medicamentoso é também considerada como um desafio frente ao cuidado. Adesão pode ser entendida como um complexo de fenômenos que envolvem a decisão do paciente em utilizar e seguir a prescrição de medicamentos e procedimentos nos tratamento psicofarmacológicos⁸.

É nítida a manifestação de preocupação da mãe frente ao comportamento de alguém externo ao ambiente familiar em relação ao filho com sofrimento mental e não ao contrário. Ao se colocar no papel de aceitação e conformismo por entender que o fato do filho estar adoecido, pode representar um significado ou recado para sua vida, através dá fala, “[...] o que vem pra você tem algum significado e algum recado, né?” (sic) (Família E). Assim, extraímos a ideia de que as outras pessoas representam um perigo e isso causa angústia em relação à alta hospitalar.

Estudos⁹ mostram que o medo, a vergonha e o constrangimento dos familiares, vinculado ao comportamento inadequado do doente, são empecilhos para a aceitação desse doente na família e na sociedade devido à limitação do relacionamento interpessoal.

No contato com as famílias verificou-se que a construção compartilhada do conhecimento inicia-se desde a coleta de dados

sobre o paciente ao planejamento do momento da alta e o período pós-alta, uma vez que, nesse momento, busca-se, por meio do diálogo, reflexão e troca de conhecimentos, popular e científico, a compreensão da dinâmica familiar, a identificação do responsável pela supervisão e administração da medicação e outros encaminhamentos que se fizerem necessário à orientação adequada e eficaz das estratégias provenientes da troca de saberes contribuindo para a eficácia do tratamento e reduzindo a reincidência da internação hospitalar.

Já dizia¹⁰ que não há docência sem discência ao afirmar que “quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender”. Tal afirmação vem justamente reforçar a ideia de que o profissional de saúde não é melhor que a família. Embora apresente e domine conteúdos que a família ainda não possui, não é superior, ele precisa da família para maior conhecimento sobre o paciente em tratamento, principalmente no que se refere aos aspectos familiares e sociais, que muito contribuirão para a construção compartilhada de estratégias mais eficazes e resolutivas para o tratamento.

Conclusão

Este estudo possibilitou conhecermos as dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar, assim constatadas: a necessidade de um “cuidador principal” que sirva de referência para o tratamento; a dependência de um terceiro para locomover o paciente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); o desemprego do cuidador e do paciente; a imprevisibilidade do comportamento do paciente e de alguém externo ao ambiente familiar em relação a um ou/e outro e a adesão ao tratamento medicamentoso.

Por entendermos a família como locus do cuidado é imprescindível sua inclusão no processo de investigação do diagnóstico, ao delineamento do prognóstico, como recurso para minimização das dificuldades enfrentadas pela mesma no acolhimento do paciente com transtorno mental, após a alta hospitalar.

Por conta disso, incentivamos os serviços de Saúde Mental

a adotarem modelos e práticas que favoreçam a inclusão da família durante todas as fases do tratamento. Sugerimos a adoção da metodologia inspirada no paradigma da Educação Popular, como estratégia que propiciará uma relação de troca de saberes entre os agentes da família e os profissionais da saúde, em que ambos têm a oportunidade de se enriquecerem reciprocamente.

Por acreditarmos que a educação em saúde proporciona tal aproximação por meio da promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação das pessoas envolvidas. Essa explanação nos remete ao conceito de Educação Popular de Paulo Freire, no qual se preconizam o estímulo ao diálogo, à tolerância, à autonomia, à emancipação e à conscientização das camadas populares mais desfavorecidas, sempre de modo crítico, isto é, político, em relação à situação pessoal desses segmentos e à realidade social em que vivem.

Ao trazermos essa estratégia, como metodologia de relacionamento e de abordagem interpessoal para o cotidiano institucional, contribuímos para a construção do SUS em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

1- Referências

1. Borba L0, Paes MR, Guimarães NA, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar, Brasil. Rev Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2011 abr [citado 17 ago/2015];45(2); [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-589166>.
- 2- 2. Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
- 3 -
- 4 - 3. Pedrosa JI dos S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 12-17.

5 - 4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12 a. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

6 - 5. Bessa JB, Waidman, MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica, Brasil. Rev Texto Contexto Enfermagem [Internet]. 2013 jan-mar [citado 17 ago/2015];22(1);[cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf.

7 -

8 - 6. Carvalho, MCB. A família contemporânea em debate. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2003.

9 -

10 - 7. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família, Brasil. Rev Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. 2008;42(1):127-134.

11 - 8. Cardoso L, Galera SAF. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. Rev Acta Paulista Enfermagem [Internet]. 2006 [citado 17 ago/2015];19(3);[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf>.

12 -

13 - 9. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Rev Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2008 out-dez [citado 17 ago/2015];17(4); [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>

14 - 10. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 21 a Ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2002.

6. PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL DO ESCOLAR: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Danielly Ferri Gentil¹

Maria José de Jesus Alves Cordeiro²

¹Enfermeira, aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Email: danielly_ferri@hotmail.com

²Doutora em Educação. Docente do Programa de Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: maju@uem.br.

RESUMO

Introdução: O interesse cada vez mais precoce pelo assunto da sexualidade reforça a importância dos profissionais de diferentes áreas buscarem estratégias que estimulem e promovam os princípios básicos da promoção da saúde sexual, principalmente entre os escolares. **Objetivos:** elencar estudos referentes à necessidade da orientação de estudantes e educadores quando a temática das doenças sexualmente transmissíveis. **Metodologia:** revisão da literatura. **Resultados:** os resultados evidenciaram déficit de conhecimento de escolares e professores a respeito do assunto e privação de escolares de informações sobre a temática devido ao valor negativo atribuído a sexualidade. **Conclusão:** Por fim, evidencia-se a necessidade de estratégias para promover a saúde sexual dos escolares, destacando a intersetorialidade, o investimento em formação de recursos humanos com capacitações específicas, o fornecimento de suporte necessário para a continuidade das ações no ambiente escolar, a aplicabilidade das ações do Programa Saúde na Escola e da necessidade de disponibilidade e compromisso de assumir a saúde escolar.

Palavras chave: HPV, orientação sexual, escola.

GT: Práticas Educativas em Saúde

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um tema que frequentemente é vivenciado e debatido nos mais variados espaços sociais e por diferentes sujeitos, não apenas nos setores da saúde, como também por alunos e professores através de programas de educação sexual ou em aulas de ciências ou biologia e ainda de maneira informal nas conversas no cotidiano escolar¹.

O interesse cada vez mais precoce pelo assunto da sexualidade reforça a importância dos profissionais de diferentes áreas buscarem estratégias que estimulem e promovam os princípios básicos da promoção da saúde sexual, principalmente entre os escolares¹. Ainda outros autores como Santos² e Ribeiro. M e Ribeiro. C³ também citam as ações integradas entre setores da saúde e de educação no ambiente escolar como um artefato importante de produção de saúde.

OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo elencar estudos referentes à necessidade da orientação de estudantes e educadores quando a temática das doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o Papilomavírus Humano (HPV).

MÉTODOLOGIA

Neste estudo, a metodologia utilizada é a revisão de literatura, do tipo exploratória, a qual utilizou fontes secundárias de informação. O estudo foi realizado através do levantamento bibliográfico de livros, manuais do ministério da saúde e artigos científicos em português, cujos descritores utilizados relacionam com a temática: educação sexual, HPV e saúde na escola. Ao total foram selecionados 21 estudos que versam sobre o assunto.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados como critérios de inclusão resultados de pesquisa de acordo com a relevância relacionada ao título e aos objetivos da revisão, baseados na leitura dos seus respectivos resumos. Realizou-se uma leitura crítica de

cada artigo selecionado e em seguida foram realizadas comparações das informações de cada um deles.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A escola é considerada um espaço privilegiado para a convivência social e estabelecimento de ações que visem à promoção da saúde. Os trabalhos de orientação sexual realizados tanto por profissionais que atuam na escola como por profissionais da área da saúde são fundamentais para o enfrentamento de problemas sociais individuais e coletivos que afetam os adolescente⁴. Para Santiago et al⁵ a escola é um local propício para programas de educação em saúde, haja vista a influência que esta exerce sobre os estudantes.

Além do que é na escola que os adolescentes permanecem a maior parte do tempo e conseqüentemente recebem influência dos professores, por isso este ambiente tem que ser aproveitado para trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento⁶.

Por outro lado, apesar da importância de trabalhar temas educativos na escola, entre estes os que envolvem a sexualidade, nem sempre os mesmos são discutidos, visto que muitos educadores apresentam dificuldades em abordar assuntos como o das doenças sexualmente transmissíveis, por acreditarem que poderiam estar incentivando os adolescentes à prática sexual⁷.

Além disso, outro motivo que pode dificultar o diálogo de educadores com alunos em relação a temas que envolvem a sexualidade é a própria falta informação por parte de alguns professores, como demonstrado em alguns estudos.

Como a pesquisa realizada por Souza et al⁸, a qual ao verificar o conhecimento de docentes sobre educação sexual e prevenção de DSTs, bem como identificar o nível de dificuldade dos mesmos ao lidar com esta temática no ambiente escolar, apontou que apesar destes considerarem a importância do tema, a maioria não se sentia capacitada para trabalhar educação/orientação sexual com os alunos adolescentes. Também o estudo de Jardim, Bretas⁹

realizado com um quantitativo de 100 professores mostrou que a maioria destes não possuía conhecimentos suficientes para promoverem orientação sexual aos adolescentes.

Diante do exposto, observa-se que apesar da relevância de abordar a questão das doenças sexualmente transmissíveis nas instituições de ensino, ainda existe dificuldades em trabalhar o tema, uma vez que este está vinculado a questões de sexualidade. Tal fato, somado a precocidade das relações sexuais, faz com que muitos jovens continuem desinformados e apresentando conceitos errôneos e concepções equivocadas que podem torna-los vulneráveis a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, entre esta o Papilomavírus Humano (HPV).

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus responsável pela infecção de pele e mucosas responsável pela infecção do trato genital e surgimento de verrugas genitais. Entre as formas de prevenção da doença está a vacinação, sendo que no Brasil a administração da vacina na rede pública de saúde é recente sendo introduzida no calendário vacinal no ano de 2014¹⁰.

Como a maioria dos adolescentes público alvo da imunização do HPV estão nas instituições de ensino, é fundamental ações educativas nestes ambientes, visando à orientação quanto à doença e as formas de prevenção. Já que vários estudos têm demonstrado o déficit de conhecimento de adolescentes escolares quanto as DSTs e ao Papilomavírus Humano, o que reforça a urgência destas ações.

BRETAS et al¹¹ com o intuito de avaliar o conhecimento de adolescentes sobre prevenção, transmissão, sinais e sintomas de DSTs/HIV identificou carência de informação dos adolescentes quanto a temática. Assim, como Nascimento et al¹², que através de pesquisa realizada em 17 escolas públicas do estado do Piauí, constatou o desconhecimento de escolares quanto a transmissão e prevenção do HPV.

Além destes estudos, o de Cirino, Nichiata, Borges¹³ a respeito de atitudes e práticas de adolescentes quanto à prevenção do câncer do colo de útero, também identificar déficit de conhecimento deste

grupo quanto à prevenção da doença, a qual está relacionada a práticas sexuais de risco e principalmente a contaminação pelo HPV.

Ainda o estudo de Costa, Gonderberg¹⁴ desperta para a necessidade de divulgação de informações quanto a prevenção de HPV entre escolares, principalmente em relação à vacinação, visto que um percentual pequeno dos estudantes entrevistados referiram a imunização do HPV como recurso preventivo da doença.

Em contrapartida, o estudo de Gerhardt, Nader, Pereira¹⁵, o qual apresentou objetivo semelhante ao de outros pesquisadores de detectar o nível de informação de adolescentes de uma escola pública sobre doenças sexualmente transmissíveis, apresentou resultados diferenciados ao identificar na escola estudada que a maioria dos adolescentes possuía esclarecimento satisfatório sobre as DSTs.

Tal fato pode ser explicado uma vez que a escola do presente estudo possuía um programa de educação sexual e cidadania para adolescentes, havendo, possivelmente, a troca de informações, o que fez com que os entrevistados apresentassem um nível de esclarecimento adequado¹⁵. Através deste estudo foi possível constatar a relevância da educação sexual no ambiente escolar.

É urgente a necessidade da implementação de estratégias educativas para a capacitação na temática educação sexual⁸, não apenas estudantes e professores carecem de informações e orientações quanto às doenças sexualmente transmissíveis, mas a comunidade em geral.

Principalmente questões mais incipientes, como a chegada da vacina do HPV pode causar certo receio e insegurança. Daí a importância do tema ser enfatizado na escola, visto que seu conhecimento contribui para a promoção da saúde sexual dos adolescentes e redução do câncer de útero ao desmistificar tabus que poderiam causar resistência à adesão à vacina.

O estudo de Osis, Duarte, Souza¹⁶ a qual analisou o conhecimento de homens e mulheres acerca do HPV e da imunização do HPV e ainda da intenção de serem vacinados e de

vacinarem seus filhos adolescentes revelou que há boa aceitabilidade da imunização do HPV, contudo, também foi identificada falta de informações e informações inadequadas quanto ao assunto.

Dos entrevistados apenas 8,6% referiram ter ouvido falar da vacina, contudo após serem orientados da existência desta, cerca de 94,0% dos entrevistados alegaram que se vacinariam e/ou vacinariam filhos adolescentes.

Reforçando os achados de outros estudiosos quando ao desconhecimento populacional quanto ao HPV, a pesquisa de Sousa, Pinheiro, Barroso¹⁷ refere que o doença ainda é desconhecida e cercada de mistério para uma significativa parcela da população. Ainda o autor argumenta que o HPV é pouco comentado quando comparado a outras DSTs, o que reforça a importância deste tema ser discutido.

Esses resultados evidenciam a necessidade de melhorar os espaços destinados para formação e fazer da escola um local atrativo para os jovens buscarem informações. Diante do que já foi exposto observa-se a iminente necessidade de trabalhar a educação sexual no ambiente escolar, abordando entre outros temas o das doenças sexualmente transmissíveis, e as inovações destes temas, tal como a recente introdução da vacinação do HPV no calendário vacinal brasileiro na rede pública de saúde.

Para que tais ações de educação sexual surtam efeitos e venham contribuir com a redução de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HPV, algumas estratégias precisam ser colocadas em prática.

Para Jardim, Bretas⁹ uma destas estratégias é o tratamento da orientação sexual de forma transversal no currículo da escola, nas mais variadas disciplinas e não somente na de biologia ou ciências. Mas, para que isto ocorra é relevante que os professores sejam devidamente preparados para esta função em uma metodologia participativa, com base na manifestação dos próprios adolescentes. Além disso, Souza et al⁸ pondera a necessidade de investimento em formação de recursos humanos com capacitações específicas, bem

como o fornecimento de suporte necessário para a continuidade das ações no ambiente escolar.

Também é essencial a interação entre os diversos seguimentos sociais e a criação e fortalecimento de espaços de participação com estudantes, professores, profissionais de saúde e comunidade na abordagem de temas de saúde na escola, uma vez que a intersectorialidade exacerba as capacidades individuais e coletivas existentes e contribui para a construção de realidades mais saudáveis¹⁸⁻¹⁹.

Para Matias et al²⁰ há necessidade não somente do trabalho interligado entre escola e instituições de saúde para efetivar as ações de saúde no contexto da escola, mas da continuidade destas ações de forma conjunta. Souza et al²¹ cita como primeiros passos para a promoção da saúde do escolar o interesse, a disponibilidade e o compromisso das instituições e dos sujeitos de assumirem a saúde do escolar colocando em prática o que está no papel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, observa-se a relevância de trabalhar o tema das doenças sexualmente transmissíveis no ambiente escolar, em especial o HPV com foco para a imunização por se tratar de uma temática incipiente e que ainda está cercada de mitos e desconhecimento. Além disso, vários estudos têm demonstrado o déficit de esclarecimento de escolares e até mesmo professores quanto à temática, fato que merece atenção e intervenção para que as ações de saúde não fiquem apenas no papel.

1- REFERENCIAS

1. Schuster RR et al. Adolescentes: sexualidade, educação e saúde nas escolas. Interdisciplinar: *Revista Eletrônica da Univar*, V.1, n.9, 2013, p. 142 – 147.
2. Santos C C. Atividades educativas em sexualidade com adolescentes na escola: relatando experiência. *Adolescência & Saúde*, V. 10, n.3, 2013, p. 53-55.

3. Ribeiro MSS, Ribeiro CV. Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): elementos para avaliação de projetos sociais em Juazeiro, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140474.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2015.
4. Fonseca AD, Gomes VLO, Teixeira KC. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [online], V. 14, n. 2, 2010, p. 330-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v14n2/16.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2015.
5. Santiago LM et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família . *Revista brasileira de enfermagem*, V.65, n.6, 2012, p.1026-1029.
6. Camargo EAI, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência e saúde coletiva* [online].V. 14, n.3, 2009, p. 937-946. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/30.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2015.
7. Barreto ACM, Santos R da AS. Vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. *Esc. Anna Nery* [online]. V.13, n.4, 2009, p. 809-816. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eann/v13n4/v13n4a17.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2015.
8. Souza MM et al. Orientação sexual: conhecimentos e necessidades de professores de um Colégio Público de Goiânia-GO. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. V.10 n.2, 2008, p. 460-471. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a17.htm>. Acesso em 05 de abril de 2015.
9. Jardim DP, Bretas JR da S. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira - SP. *Revista brasileira de*

enfermagem [online], V. 59, n. 2, 2006, p. 157-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a07.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2015.

10. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia Prático sobre o HPV: Guia de Perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília 2014.

11. Bretas JRS et al. Conhecimento sobre DST/Aids por estudantes adolescentes, *Revista Escola de Enfermagem USP*. V.43, n.3, 2009, p.550-556.

12. Nascimento M V et al. O que sabem os adolescentes do ensino básico público sobre o HPV. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, V. 34, n. 2, 2013, p. 229-238.

13. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer do colo uterino e HPV em adolescentes. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, V. 14, n. 1, 2010, p. 126-134.

14. Costa LA, Goldemberg P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde e Sociedade*. V.22, n.1, 2013, p. 249-261. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 de abril de 2015.

15. Gerhard CR, Nader SS, Pereira DN. DST: Conhecimento, Atitudes e Comportamento entre os Adolescentes de Escola Pública. *Rev. Bras.Med. Fam e Com.*, V.3, N°12, 2008, p.257-270.

16. Osis MJD, Duarte GA, Sousa MHS. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. *Revista Saúde Pública*. V. 48, n.1, 2014, p.123-133.

17. Sousa LB, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Revista Escola de Enfermagem USP*, V. 42, n.4, 2008, p.737-43.

18. Ferreira IRC et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*. [online], V. 19, n. 56, 2014, p. 61-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v19n56/v19n56a04.pdf>.

Acesso em 08 de abril de 2015.

19. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FV. Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência e saúde coletiva [online]*, V. 19, n. 3, 2014, p. 829-840. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2015.

20. Matias EO. Estratégia educativa como tecnologia facilitadora para promoção da saúde do adolescente no âmbito escolar. *Revista Adolescência e Saúde*, V. 10, n. 2, 2013, p. 7-14.

21. Souza PL et al. Projetos PET-Saúde e Educando para a Saúde: construindo saberes e práticas. *Rev. bras. educ. med.* [online]. V. 36, n. 1, suppl.1, 2012, p. 172-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a24.pdf>. Acesso em 27 de março de 2015.

7. AÇÃO EDUCATIVA DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Flora Alves Venancio

Karen Leticia Tarasiuk

Laura Caroline Mendonça Thiry

Priscila Renata Franco Ortiz

Vanessa da Silva Ribeiro

Estudante do Curso de Pós – Graduação *latu sensu* em Ciências do Envelhecimento Humano da
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados;
floravenancio@gmail.com.

Estudante do Curso de Pós – Graduação *latu sensu* em Ciências do Envelhecimento Humano da
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados;
karentarasiuk@gmail.com.

Estudante do Curso de Pós – Graduação *latu sensu* em Ciências do Envelhecimento Humano da
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados;
laura.thiry@outlook.com.

Estudante do Curso de Pós – Graduação *latu sensu* em Ciências do Envelhecimento Humano da
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados;
priscila_rfranco@hotmail.com.

Estudante do Curso de Pós – Graduação *latu sensu* em Ciências do Envelhecimento Humano da
Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados;
vanessaribeiro_15@hotmail.com.

RESUMO

Introdução: O presente trabalho foi realizado na disciplina de Políticas Públicas do Curso de Pós-Graduação *latu sensu* de Ciências do Envelhecimento Humano, da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, com o intuito de promover educação em saúde para conscientizar profissionais de saúde e idosos sobre o significado da data 15 de junho. **Objetivo:** Conscientizar idosos e profissionais de saúde sobre os tipos de violência contra a pessoa idosa e a que instituições recorrer frente a um caso de violência. **Metodologia:** A ação foi realizada em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Dourados, no dia 09 de junho de 2015, em três momentos: exibir ao público o conteúdo sobre tipologias de violências, utilizar o conhecimento adquirido e já existente sobre o assunto para uma dinâmica de associação de imagens aos tipos de

violência e por fim, produzir uma colcha de retalhos com manifestações gráficas sobre o assunto, do ponto de vista de cada um. **Resultados:** Foi possível observar no falar dos sujeitos a satisfação de participar de uma atividade interativa e o quão significativas foram as informações compartilhadas, visto que este assunto não é abordado com frequência, principalmente direcionada ao público idoso, fato este que não elimina a necessidade de conversar da mesma forma com pessoas de outras idades sobre o mesmo assunto, como foi ressaltado por todos do grupo.

GT: Práticas Educativas em Saúde

8. O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monique Rotili¹

Cássia Barbosa Reis²

¹Mestranda do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; moniquerotili@hotmail.com

²Professora do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; cassia@uemms.br

RESUMO

Introdução: O apoio matricial apresenta-se como um dispositivo dinamizador no processo de trabalho em saúde, assegurando uma retaguarda especializada a equipes de profissionais de saúde da atenção básica. O apoio matricial é uma ferramenta do Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), e intencionalmente oferece um suporte assistencial e técnico-pedagógico, ampliando as possibilidades de construção de vínculo entre esses profissionais. **Objetivo:** O presente projeto objetivou-se demonstrar a importância do Apoio Matricial como uma ferramenta organizacional no processo de trabalho em saúde, a fim de propiciar maior integração e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais da equipe. **Metodologia:** A metodologia utilizada na pesquisa foi de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica do Grupo Focal e a técnica do DSC foi recorrida para a análise dos dados. **Resultados:** tendo em vista os dados coletados, nota-se ausência de discussão entre a equipe de saúde sobre casos clínicos e troca de conhecimento para solucionar problemas referentes ao paciente. Constatou-se ainda que a equipe da ESF não possui conhecimento algum sobre o apoio matricial, uma vez que esta ferramenta poderá contribuir para uma interação entre os profissionais da equipe de saúde da família e o apoiador, assim ampliando a idéia do trabalho em equipe. Com a

implantação do apoio matricial espera-se transformar o trabalho fragmentado em um atendimento unificado e integral, um dispositivo que vai pouco a pouco revertendo o modelo medicalizador, assistencialista e curativista. A proposta do apoio matricial insiste em possibilitar a troca de saberes e práticas entre os trabalhadores, instituindo uma lógica de trabalho interdisciplinar.

GT: Práticas Educativas em Saúde

INTRODUÇÃO

O apoio matricial apresenta-se como um dispositivo organizacional entre a equipe de saúde da família, devido à construção da inter-relação entre profissionais e usuários favorecendo a integralidade do cuidado¹. Objetiva-se assegurar uma retaguarda especializada a equipe de profissionais, apresentando-se de maneira personalizada e interativa. Um especialista com determinado núcleo, apoiará outros especialistas com outro núcleo de formação, ampliando a resolubilidade na atenção a saúde².

A Equipe de Referência (ER) e Apoio Matricial (AM) apresentam uma proposta de reorganização do trabalho em saúde, na perspectiva de estimular a corresponsabilidade com a saúde, tendo como elementos norteadores a gestão do trabalho e a transdisciplinariedade³.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pelo acompanhamento de um caso individual, familiar ou comunitário, considerando-se essenciais para a condução de problemas de saúde dentro do campo de conhecimento. Representa-se neste caso a equipe de Saúde da Família que tem a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência deslocando o poder das profissões e reforçando a equipe interdisciplinar^{4,5}.

No entanto, a operacionalização do Apoio matricial depende de um conjunto de condições como o número e qualificação dos profissionais disponíveis e contato construído na

combinação de encontros periódicos entre a equipe de referência e o Apoiador matricial⁵.

O apoio matricial apresenta duas formas de matriciamento, sendo elas, as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico. Através da dimensão assistencial, o profissional promove uma ação clínica direta com o usuário. A ação técnico-pedagógica, por sua vez, produz ação de apoio educativo voltado para a equipe. Essas duas dimensões não se separam, elas podem e devem estar integradas no cotidiano das ações em saúde⁶⁻⁵.

Durante a pesquisa, observou-se que o apoio matricial poderá instituir um processo capaz de facilitar a abertura para o diálogo e favorecendo a integração entre a equipe de profissionais, assumindo compromisso com a saúde dos usuários. Além de apresentar-se como uma ferramenta central na proposta do Nasf.

O planejamento de projetos terapêuticos entre a equipe de referência e o apoiador deve existir, com o propósito de minimizar os problemas encontrados no território, portanto a ausência da programação de reuniões para a discussão de casos clínicos na ESF poderá interferir no trabalho da prevenção dos usuários. Contudo, a inserção do apoio matricial no cotidiano da ESF, materializa o aperfeiçoamento de projetos já existentes e estimula o planejamento de novos projetos na rotina da Unidade Básica de Saúde.

Objetivos

A pesquisa objetivou-se demonstrar a importância do apoio matricial como uma ferramenta organizacional no processo de trabalho em saúde, a fim de propiciar maior integração e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais da equipe.

Método

O primeiro passo foi analisar o ambiente organizacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Esperança do município de Angélica-MS, no que diz respeito à comunicação e a

troca de opinião entre a equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa realizada foi direcionada por uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, fenômenos humanos entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue por agir, pensar, interpretar e compartilhar com seus semelhantes à realidade vivida⁷.

A pesquisa foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais, consistido em um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes, estudando a maneira como e o que os seres humanos pensam no contexto mais amplo das relações sociais⁸.

Desenvolvemos a Representação Social para que todas as representações tornem-se familiar algo que antes não era familiar⁸. É um método de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e sua diversidade, partindo do pressuposto de que existe uma forma de conhecer e de se comunicar, porém guiada por objetivos diferentes⁹.

A pesquisa foi realizada na ESF Vila Esperança no município de Angélica, Mato Grosso do Sul, por ser a cidade e o local de trabalho de uma das pesquisadoras. A ESF Vila Esperança é composta por um médico do programa mais médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e três Agentes Comunitários de Saúde. Foram incluídos todos os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família envolvida na Atenção primária, perfazendo um total de oito sujeitos. Segundo Brasil¹⁰, a equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família é composta por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e um auxiliar ou técnico em saúde bucal¹⁰. A Estratégia de Saúde da Família é um modelo de atenção primária que trabalha no âmbito da prevenção, promoção e

recuperação da saúde, apresentando comprometimento com a integralidade da assistência, um dos princípios básicos do SUS¹⁰.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação da técnica de grupo focal, com o objetivo de caracterizar o conteúdo da representação estudada formando-se um grupo composto pela equipe de profissionais da ESF em questão, a fim de analisar o ambiente organizacional da ESF em relação à comunicação e a troca de opinião, direcionado para uma conclusão a cerca da existência e da compreensão do apoio matricial para a organização no processo de trabalho em saúde. Para a aplicação da técnica do grupo focal contou-se com a participação de uma observadora. As perguntas norteadoras foram: Comente sobre a existência de discussão (troca de opinião) em relação a temas profissionais com os colegas, se são realizadas reuniões na rotina da ESF, com que frequência e quais os assuntos que são discutidos durante as reuniões. Qual a concepção do trabalho em equipe. Teria conhecimento sobre o apoio matricial e sua importância para a organização do trabalho em saúde.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi recorrida para a análise do material discursivo derivado dos grupos focais, uma vez que se revela um instrumento de ordenamento eficaz da comunicação que está na base de todas as representações sociais, na medida em que, resultam de processos de interação articuladores da construção social da realidade¹¹.

O Discurso do Sujeito Coletivo resultou do conjunto de respostas cedidas pelos profissionais de saúde da ESF, buscando as representações sociais dos profissionais participantes, declarando através do seu pensamento uma exposição a partir do seu envolvimento pessoal no trabalho.

Resultados e Discussão

Os dados foram obtidos por meio da técnica do grupo focal no mês de abril de 2015 com a participação de oito profissionais da equipe de saúde da família da ESF Vila Esperança. Após o convite realizado previamente os trabalhadores consistiram em participar da pesquisa, e a reunião para realizar o grupo focal foi

marcada contando com a participação de uma das pesquisadoras que coordenou a atividade e de uma observadora.

A Teoria das Representações Sociais contribui de forma significativa para a compreensão do fenômeno estudado, já que o seu objetivo consiste em explicar os fenômenos do homem partindo de uma perspectiva coletiva, tornando-se familiar algo que antes não era familiar. As Representações Sociais não seria uma resposta individual, mas a maneira como grupos sociais constroem diferentes significados dos estímulos do meio social, ou seja, são construídas nos processos de interação e comunicação social⁹.

Para a apresentação dos resultados do estudo, selecionaram-se as Expressões-chaves (ECHs) advindas do grupo focal da equipe de profissionais, apreenderam-se as Idéias Centrais (ICs) e construíram-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que a seguir foram discutidos.

IC: Comente sobre a existência de discussão (troca de opinião) em relação a temas profissionais com os colegas.

ECHs apreendidas no grupo focal dos trabalhadores da equipe da ESF:

- Eu entendo quando nos respeitamos o colega de trabalho tudo fica mais fácil;

-É muito bom a troca de idéia entre a equipe;

- Eu acho muito valida a troca de opinião com os colegas de trabalho, porque um pode ajudar o outro;

- Realizamos reuniões quando há necessidades de nos reunirmos e discutimos sobre assuntos da ESF;

-Sempre que possível é preciso fazer reuniões para discutir sobre tudo;

- Discussão sobre a saúde, como deve se tratar a população, como deve ser o atendimento da população, sobre doenças, sobre viroses e sobre planejamento de horários.

O discurso do sujeito coletivo da questão resultou o seguinte:

“É preciso que haja respeito entre os colegas de trabalho para que aconteça a troca de idéias entre a equipe e para que um possa ajudar ao outro. São realizadas reuniões entre a equipe para que assuntos relacionados à ESF possam ser discutidos.”

Ao analisar as respostas dos profissionais sobre a existência de discussão de casos clínicos e troca de opinião em relação a temas profissionais entre os colegas, podemos perceber que entre eles não há esta troca, ou seja, o ambiente de trabalho não esta proporcionando a interação. Os assuntos que são discutidos no ambiente de trabalho tratam-se apenas de assuntos corriqueiros no que diz respeito a horários e formas de atendimento aos usuários. Nota-se a ausência de discussão entre a equipe de saúde sobre casos clínicos e troca de conhecimento para solucionar problemas referentes ao paciente.

O trabalho em saúde na perspectiva do cuidado impõe-se estabelecer diálogos e articular referenciais com capacidade de criar dispositivos de melhor intervir sobre o trabalho para transformá-lo, colocando em uso os saberes constituídos¹².

Por isso há necessidade do estabelecimento de uma comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço. Os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde, portanto, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho¹³.

IC: Teria conhecimento sobre o apoio matricial e a sua importância para a organização do trabalho em saúde.

ECHs apreendidas no grupo focal dos trabalhadores da equipe da ESF:

- Eu não tenho conhecimento sobre a palavra matricial;
- Seria um apoio organizado e hierarquizado dentro do ambiente de trabalho e dentro da área;

- Apoio dos administradores, principalmente das autoridades do município, prefeito, secretário de saúde e outros.

- Nossa secretaria deve oferecer apoio incondicional para que haja um melhor trabalho na atenção primária;

- Um trabalho não só da equipe de uma unidade, mas sim trabalhar com igualdade com todas as outras unidades.

O discurso do sujeito coletivo (DSC) da questão resultou o seguinte:

O apoio matricial seria um apoio organizado e hierarquizado dado pelos gestores do município, para que melhore incondicionalmente o nosso serviço. Com este apoio todas as Unidades Básicas de saúde do município trabalhariam com igualdade para atender a demanda espontânea de usuários.

É perceptível no discurso que a equipe de profissionais não tem conhecimento real do que seria o apoio matricial. A equipe imagina que o apoio matricial é dado pelos gestores do município, uma vez que o apoio em questão não teria esta intenção.

As principais ações de Apoio Matricial são as reuniões temáticas, a troca de conhecimentos e experiências que veem a propiciar um maior vínculo entre os profissionais, a reorganização do trabalho em saúde e a corresponsabilização dos casos.

Portanto, uma característica marcante da experiência do Apoio Matricial é a de apresentar possibilidades de transcender a abordagem tradicional de ações assistencialistas para uma que vise ações coletivas de promoção, prevenção e de vigilância¹⁴.

CONCLUSÃO

O grupo focal mostrou-se uma técnica eficaz para a coleta de dados, pois favoreceu aos profissionais de saúde da equipe

expressarem sua opinião acerca da organização do ambiente de trabalho da ESF, da mesma forma que a análise por meio do DSC permitiu a compreensão das implicações de tais representação na organização do trabalho em equipe.

A pesquisa contribuiu para a ampliação do conhecimento dos sujeitos sobre um ambiente de trabalho favorável a troca de conhecimentos e a comunicação entre a equipe, visando uma organização mais flexível e integrada, desfazendo o modelo superespecializado e fragmentado.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MSB et al. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2): 26-32.
2. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Rev. Saúde e sociedade.* 2011 out-dez; 20(4).
3. Lacaz FAC et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? *Interface Comunic., Saúde, Educ.* 2013 jan-mar; 17(44).
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007 fev; 23(2): 399-407.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

9. Reis SLA, Bellini M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. Maringá. 2011; 33(2):149-159.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
11. Sales F, Souza FC, John VM. O emprego da abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em educação. Linhas. 2007 jan-jun; 8(1): 124-45.
12. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EDUFF; 2007.
13. Faria HP et al. Processo de trabalho em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
14. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(5): 1143-50.

9. A UTILIZAÇÃO DA NARRATIVA NA PESQUISA E NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Nauristela Ferreira Paniago Damasceno¹

Edson Malvezzi²

Cibele de Moura Sales³

¹Mestranda no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; E-mail: naurapsi@hotmail.com. Relator

²Doutorando no Programa de Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos; E-mail: edsonmalvezzi@yahoo.com.br

³Docente do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; E-mail: cibelesales1@gmail.com

RESUMO

As narrativas fazem parte da vida cotidiana das pessoas e seu potencial na compreensão dos significados que os sujeitos atribuem ao ambiente e a si mesmos contribuem para que sejam comumente utilizadas em pesquisas qualitativas. Entretanto são escassas as publicações que apresentam informações detalhadas sobre os procedimentos das pesquisas que fazem uso das narrativas, especialmente daquelas que pretendem integrar em uma única história o material produzido pelos sujeitos. Dessa forma, este trabalho descreve o processo metodológico da utilização da narrativa como instrumento de produção de conhecimento na pesquisa qualitativa na área de saúde. O processo descrito foi realizado no decorrer de uma pesquisa de mestrado que aborda o prazer, o sofrimento e o adoecimento em docentes de uma instituição pública de ensino superior. No estudo foram realizadas 25 entrevistas individuais não-estruturadas, baseadas na história de vida tópica dos informantes, as quais foram audiogravadas e transcritas. O conjunto das vivências relatadas pelos docentes orientaram, em análise interpretativa fundamentada na hermenêutica-dialética, a construção de um novo relato narrativo, pela pesquisadora. O material elaborado foi discutido e revisado

pelos participantes da pesquisa em uma oficina de validação. Os dados construídos coletivamente e a dinâmica observada na oficina corroboraram a potencialidade desse tipo de investigação narrativa como alternativa metodológica em pesquisas qualitativas na área de saúde.

Palavras-chave: Narrativa; Trabalho Docente; Prazer e Sofrimento no Trabalho; Práticas Educativas em Saúde.

INTRODUÇÃO

As narrativas permeiam a vida das pessoas desde a infância, na família, na escola, às grandes narrativas sobre o mundo e a vida, interessando a vários campos como a arte e as ciências¹. Elas são relatos culturais do que faz pulsar os seres humanos, contribuindo para organizar a estrutura da experiência humana e a memória de acontecimentos através das histórias, dos mitos, das razões para fazer ou não fazer^{2,3}.

No campo das ciências tem sido empregadas nas pesquisas qualitativas a partir de vários enfoques - história de vida, biografias, depoimentos, relatos orais ou escritos – que têm em comum a valorização da subjetividade dos participantes a partir das vivências que eles narram ao pesquisador. Nesse contexto, o processo dialógico é priorizado, bem como sua natureza relacional e coletiva na qual a subjetividade é considerada como uma construção social⁴.

Nas publicações sobre o emprego das narrativas em pesquisas evidenciam-se notadamente as áreas da educação e da saúde. Na educação as narrativas abordam o trabalho docente, principalmente, a formação⁵. Na saúde, as investigações referem-se à compreensão do processo saúde-doença^{1,6,7}, à história da vida ou experiências relacionadas ao trabalho dos profissionais de saúde^{8,9} e às pesquisas avaliativas em programas de saúde coletiva^{10,11}.

Entretanto são limitadas as publicações, em pesquisas qualitativas, que apresentam detalhes capazes de esclarecer aos leitores sobre os procedimentos metodológicos de uso das

narrativas, especialmente, daquelas que pretendem integrar em uma única história o material produzido pelos sujeitos, individual ou coletivamente.

Dessa forma, o que se pretende com esse trabalho é descrever detalhadamente o processo metodológico utilizado em uma pesquisa qualitativa na qual os dados produzidos pelos sujeitos, em entrevistas individuais, foram integrados em um novo relato narrativo construído pelo pesquisador, o qual foi validado, coletivamente, pelos mesmos sujeitos.

A opção pela oficina de validação com os mesmos participantes tem o objetivo de *aprofundar* os achados. Seria possível realizá-la com outros sujeitos, inseridos no mesmo contexto, com os mesmos critérios de inclusão, se o objetivo fosse *ampliar* os achados. Em qualquer dessas opções o que se busca, além da validação, é que os sujeitos da pesquisa também participem da análise dos dados, dos achados. Em ambas as situações, havendo novas contribuições, o que se faz operacionalmente é acrescentar o novo conteúdo ao relato inicial.

De acordo com Bolívar⁴ o emprego das narrativas como modo de construir conhecimento possui um enfoque específico de investigação, com características próprias de credibilidade e legitimidade, que diferem dos métodos lógicos-científicos. Sustenta que essas diferenças não diminuem sua principal contribuição: representar um conjunto relevante de dimensões da experiência humana, que incluem sentimentos, intencionalidade, desejos, singularidade, entre outros⁴. No mesmo sentido, Polkinghorne¹⁵ afirma que as pesquisas narrativas se propõem a produzir conhecimentos que não estão ao alcance dos métodos tradicionais de investigação científica, como os significados que as pessoas dão às suas vivências, às situações e às ações de suas vidas, inseridas no grupo e na coletividade.

Bolívar⁴ diferencia dois tipos de pesquisas narrativas de acordo com o método de análise. O primeiro utiliza de uma apreciação paradigmática dos dados da narrativa através de tipologias, ou categorias, com objetivo de alcançar generalizações

do grupo estudado. O segundo tipo – que interessa a este trabalho – faz uso da análise narrativa propriamente dita. Segundo Bolívar⁴, esse tipo de pesquisa também faz uso do depoimento pessoal de diferentes informantes, mas o produto da análise é uma nova narrativa, produzida pelo pesquisador, com objetivo de integrar e dar significado aos dados, sem manipular a voz dos informantes, contemplando os elementos singulares que configuram as histórias e afastando-se das pretensões de generalizar esse significado.

Para Bolívar⁴ a pesquisa narrativa se baseia no “giro hermenêutico” que dá mérito a uma perspectiva interpretativa na qual o valor e o significado do relato são conferidos pela auto-interpretação dos sujeitos, em narrativas na primeira pessoa, onde a dimensão temporal e biográfica ocupa uma posição central. Nesse contexto, Minayo¹⁴ reforça que a hermenêutica-dialética não estabelece técnicas, mas oferece ao tratamento dos dados desse tipo de pesquisa “um caminho do pensamento”. O desafio é, portanto, descobrir como trilhar esse caminho.

Minayo¹⁴ e Bolívar⁴ sustentam suas posições em Gadamer¹⁵ para quem “a tarefa hermenêutica se converte por si mesma num questionamento pautado na coisa, e já se encontra sempre determinada por este”. Este último autor¹⁵ esclarece ainda o papel do pesquisador na tarefa de compreender qual é esse “caminho do pensamento”, enfatizando a importância de não se entregar à casualidade de suas próprias opiniões prévias e ignorar o que é narrado pelo outro, mas assumindo uma postura sensível e constante de deixar que ele diga alguma coisa por si, sendo sempre receptivo à peculiaridade do que lhe é comunicado.

Essa postura não pressupõe neutralidade, visto que também é tarefa do pesquisador dar-se conta das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriando-se delas justamente para separá-las do que é comunicado pelo outro, abrindo espaço para que este possa apresentar-se e ser compreendido¹⁵. Dessa forma, não se pode deixar de lado o fato que os atores envolvidos na pesquisa narrativa são também marcados pela história, pelo tempo, pelo grupo social, pela cultura. Onocko Campos¹² reportando-se especificamente aos pesquisadores da Saúde Coletiva, normalmente

inseridos no contexto que investigam, ressalta que o pesquisador deve manter-se atento à sua capacidade de estranhar aquilo que lhe é familiar.

A pesquisa narrativa ocorre no espaço e no momento da relação entre a ação do informante e do pesquisador, na busca de compreensão dos significados daquilo que é narrado pelo primeiro. Para Gadamer, essa compreensão se realiza através da interpretação do que é narrado, em um processo dialético da pergunta e da resposta, sob a mediação da linguagem, que contempla o diálogo, a dialogia, a troca, no sentido de encontrar os argumentos.

Sobre as tarefas do pesquisador de interpretar e compreender, Minayo¹⁴ refere que “a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o *texto*, a *fala*, o *depoimento*, como resultado de um processo social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse *texto* é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais”.

Esta concepção possibilita a reconstrução da perspectiva do sujeito sobre a realidade social de um grupo determinado de indivíduos, em um processo fundamentado na hermenêutica e que ocorre na interação, possibilitando através da dialética um construir e um desconstruir, um concordar e um discordar sucessivos dos atores envolvidos.

A utilização da narrativa em investigação sobre prazer e sofrimento no trabalho docente

A pesquisa que originou esse artigo partiu da proposta de utilização da narrativa, em abordagem interpretativa, em uma investigação sobre as vivências de prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho dos docentes de ensino superior em uma instituição

pública. Além disso, utilizou-se a análise fundamentada na hermenêutica-dialética para orientar o desenvolvimento de materiais pedagógicos.

Tendo sido atendidas todas as exigências éticas em pesquisa com seres humanos, 25 docentes foram inicialmente entrevistados individualmente, utilizando a técnica da história de vida tópica, com ênfase em determinada etapa ou setor da vida pessoal¹⁴. Foi elaborado um roteiro para a entrevista e a questão que norteou a história foi: Conte-me como tem sido a sua vivência de prazer, sofrimento e adoecimento aqui na UEMS.

Com objetivo de ampliar e aprofundar as reflexões, a partir da resposta ao tema central, foram elaboradas duas questões auxiliares que seriam utilizadas caso fosse necessário: a) Quais fatores individuais e organizacionais você relacionaria ao prazer, ao sofrimento e ao adoecimento do docente nesta universidade? b) Quais estratégias de enfrentamento você utiliza para lidar com os fatores individuais e organizacionais relacionados com o sofrimento no trabalho nesta universidade?

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas pela pesquisadora. Os apontamentos da pesquisadora, realizados durante as entrevistas foram inseridos no final do texto da transcrição ou, quando considerado pertinente, entre chaves no relato do entrevistado. Os relatos foram organizados segundo dois critérios: a) conforme a ordem de realização das entrevistas (E1, E2...E25); b) de acordo com o tema investigado, foram destacadas, em cores diferentes, as partes de cada entrevista conforme se referiam ao prazer, ao sofrimento, ao adoecimento ou às estratégias de enfrentamento, que assim foram sistematizadas em tabelas de acordo com o conteúdo narrado pelos entrevistados; dessa maneira, foram elaboradas quatro tabelas, uma para cada tema investigado (prazer, sofrimento, adoecimento e estratégias de enfrentamento). Este procedimento também permitiu a verificação do critério de saturação, conforme proposto por Fontanella et al.¹⁶.

Ao longo das transcrições e do processo de organização dos dados, bem como depois que todas as entrevistas estavam transcritas foram realizadas muitas novas leituras dos textos e os

ajustes necessários. Esse processo se assemelhou ao que Minayo¹⁴ chamou de enxugamento da classificação, visto que as primeiras são bastante grosseiras e conforme os dados vão sendo construídos, durante o processo de pesquisa, é possível perceber relatos reincidentes, peculiaridades, discrepâncias e assim vão se definindo os núcleos argumentais mais relevantes. Também vão surgindo peculiaridades, tal como eventos em que os informantes contaram ter vivenciado, ao mesmo tempo, prazer e sofrimento ou eventos que para alguns eram fontes de prazer, enquanto que para outros provocavam sofrimento e adoecimento. Neste sentido a abordagem hermenêutica-dialética torna possível expressar, na narrativa construída, como são vivenciadas e percebidas todas essas aparentes contradições e incoerências, que, de fato, subjetivam e enriquecem o repertório das experiências humanas.

Depois desse processo inicial, fazendo uma aproximação com a proposta de narrativa investigativa de Bolívar⁴ e também dos desenhos participativos produzidos por Onocko Campos^{10,12}, foi construída uma nova narrativa, pela pesquisadora, como parte do tratamento do material produzido nas entrevistas. Esse processo seguiu os núcleos argumentais que foram sendo “alinhavados” uns aos outros, juntamente com as observações da pesquisadora, procurando reproduzir o vai-e-vem natural do relato dos participantes, seus autoquestionamentos, espantos, encantamentos, concordâncias, discordâncias. Após a primeira construção foram feitas releituras, verificação dos núcleos argumentais e alguns retornos aos relatos transcritos até que a narrativa estivesse integrando, consistentemente, o material produzido nas entrevistas.

Ressalte-se que nesse processo de construção, além do cuidado para não manipular a voz dos informantes, houve uma significativa preocupação quanto aos vínculos da pesquisadora com os entrevistados e também com o contexto organizacional, visto que é funcionária da instituição e atua em um setor relacionado à saúde do trabalhador, além de ser aluna de um programa de mestrado profissional no qual alguns dos entrevistados são docentes. Essas implicações enfatizaram ainda mais a necessidade de assumir uma postura sensível e receptiva ao material que era

construído pelos docentes durante a entrevista, com escuta atenta para as peculiaridades de cada narrativa e também para a capacidade de estranhamento ao que fosse familiar¹².

Um desafio adicional, buscando favorecer sua leitura coletiva¹² no grupo de validação, foi transformar as mais de 200 páginas dos relatos individuais em um único texto com 15 páginas, contemplando todos os elementos relevantes do material coletado.

Finalizada a narrativa, ela foi apresentada aos mesmos docentes que participaram das entrevistas e que aceitaram compartilhar de um segundo encontro, agora coletivo e organizado como uma oficina de validação, na qual o disparador da discussão foi a narrativa construída pela pesquisadora.

Nesta oficina, depois de fornecidas canetas e cópias da narrativa para todos, os participantes foram convidados a realizar uma leitura coletiva, destacando, no texto, os pontos que gostariam de aprofundar, alterar, esclarecer. Após a leitura, iniciaram-se as discussões sobre os pontos destacados, que demonstraram haver grande concordância e identificação com o conteúdo apresentado, trazendo a possibilidade de aprofundar alguns aspectos. A oficina também foi audiogravada e a pesquisadora fez apontamentos que foram inseridos no final do texto da transcrição, tal como realizado nas entrevistas.

A organização da oficina aproximou-se da proposta de desenho participativo das pesquisas de Onocko Campos¹², que chama esse tipo de encontro de grupo hermenêutico, que tem finalidade de validar a produção do pesquisador e também de produzir efeitos de intervenção.

Esses efeitos de intervenção foram especialmente interessantes na oficina, pois os participantes demonstraram que se identificavam ao ouvir as suas histórias através de um coletivo integrado de histórias, as quais refletiam não apenas a sua vivência, mas outros elementos relevantes para a compreensão do contexto em que eles estavam inseridos. Conforme esperado, eles relataram identificações, na narrativa, com elementos que se lembravam de ter relatado nas entrevistas. Todavia, também se identificaram com

elementos que eles não relataram e que foram inseridos pelos colegas ou pela pesquisadora – com base em suas observações, realizadas durante as entrevistas.

Assim, destacaram pontos em que concordavam e discordavam de seus colegas, em que se colocavam no lugar dos demais para tentar compreender partes do relato com as quais não se identificavam, engajaram-se no debate sobre as vicissitudes do trabalho docente na instituição, apresentaram alternativas, fizeram analogias e utilizaram de metáforas que enriqueceram e aprofundaram a discussão. Essa dinâmica enfatizou a importância e a potencialidade deste momento, reconhecido pelos próprios participantes.

Conforme informado aos participantes poderiam ser realizadas quantas oficinas fossem necessárias até que os mesmos considerassem a narrativa concluída. Entretanto, no final dessa, que teve duração de aproximadamente duas horas e trinta minutos, os docentes consideraram que o processo estava finalizado, não havendo necessidade de realização de outros encontros.

Por fim, a construção da narrativa foi complementada com as alterações sugeridas pelos participantes da oficina e integrará a dissertação, uma vez que é parte do material produzido e será utilizada em sua análise e na elaboração de materiais didáticos-pedagógicos relacionados ao tema investigado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do processo descrito ficou ainda mais evidenciada a potencialidade das narrativas como percurso metodológico em pesquisas qualitativas na área de saúde. Vislumbra-se também o potencial interativo e catalisador dos materiais didático-pedagógicos que as narrativas ajudarão a elaborar.

Ainda assim, é importante ressaltar que a complexidade do caminho percorrido, a delicadeza das relações envolvidas e o cuidado com as questões éticas e de validade dos produtos são preocupações acentuadas pelas dúvidas que surgem no decorrer do

trabalho e também pela leitura das poucas referências sobre a construção de narrativas como recurso interpretativo em pesquisas qualitativas.

Dessa forma, objetivou-se descrever detalhadamente a trajetória metodológica realizada na construção de uma narrativa e as poucas referências que auxiliaram nesse processo, sem pretender concluir a questão ou indicar um caminho que exclua outras possibilidades, uma vez que a narrativa pode ser útil em diferentes contextos, fazendo-se necessário repensar esse processo de construção.

REFERÊNCIAS

1. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2014, 19(4):1065-76.
2. Bruner J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
3. _____. The narrativa construction of reality. *Critical Inquiry*, Chicago 1991, 18(1):1-21.
4. Bolívar A. "¿De nobis ipsis silemus?": epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *REDIE*, Granada 2002 [acesso em 2015 ago 18], 4(1). Disponível em <http://redie.uabc.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>.
5. Cunha MI. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev Fac Educ*, São Paulo 1997 [acesso em 2015 ago 18], 23(1-2). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>.
6. Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *RBPS*, Fortaleza 2003 16(1-2):59-66.
7. Costa GMC, Gualda DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Hist cien saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro 2010, 17(4):925-37.

8. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*, São Paulo 1995, 29(1):63-74.
9. Moraes CJA, Granato TMM. Narrativas de uma Equipe de Enfermagem diante da iminência da morte. *Psico*, Porto Alegre 2014, 45(4):475-84.
10. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, 2008, 42(6):1090-6.
11. Malvezzi E. Contribuições da gestão da clínica para implantação de rede de atenção à saúde no SUS. São Paulo: IEP/HSL. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.
12. Onocko Campos RT. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *PHYSIS*, Rio de Janeiro 2011 [acesso em 2015 ago 15], 21(4):1269-86. Disponível em: <http://qix.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/4/471>.
13. Polkinghorne DE. Validity Issues in Narrative Research. *Qualitative Inquiry* 2007, 13(4):471-86. DOI: 10.1177/1077800406297670.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.
15. Gadamer HG. *Verdade e método*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2011, 27(2):388-94.

10. A SENSIBILIZAÇÃO PARA O USO DO PALIVIZUMABE PELA EDUCAÇÃO POPULAR: UMA TRANSFORMAÇÃO POSSÍVEL?

Elisângela Luna Cabrera¹

Profa. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari²

Profa. Dra. Cibele de Moura Sales³

Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi⁴

¹ Estudante do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: elisangelalc@ufgd.edu.br

² Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: ecerchiari@uems.br

² Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: cibelesales1@gmail.com

² Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: fabiana@uems.br

RESUMO

Introdução: O Palivizumabe é um anticorpo usado em crianças, menores de dois anos de idade, para prevenir infecção respiratória causada pelo Vírus Sincicial Respiratório. A administração do Palivizumabe ocorreu no Pronto Atendimento Pediátrico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, entre junho de 2014 a abril de 2015, atendendo crianças que nasceram com idade gestacional até 27 semanas e seis dias e/ou com doença pulmonar crônica, ou cardiopatias com instabilidade hemodinâmica, até completarem 24 meses. **Objetivo:** Analisar a abordagem pedagógica, o discurso pedagógico e os conteúdos de aprendizagem utilizados pela enfermeira durante a atividade educativa aos pais de criança atendida no ambulatório de administração de Palivizumabe, relatando os esforços compreendidos na transposição de uma postura autoritária para uma dialógica. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, que visa ilustrar uma prática desenvolvida no Pronto Atendimento

Pediátrico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, como estratégia educativa aos pais de crianças com critérios para uso de Palivizumabe. **Resultados:** Percebeu-se que as atividades abordavam o esclarecimento sobre o anticorpo, seus benefícios, efeitos adversos, valor, buscando o condicionamento de não faltarem à consulta (redução da mortalidade infantil). Houve elevação do índice de faltas, evidenciando que existem lacunas e necessidade de uma participação mais ativa dos pais, o que levou a enfermeira a refletir sobre a sua prática profissional, tomando consciência das necessidades de mudança e expansão para uma postura mais coletiva e acolhedora aos pais.

Palavras chave: Educação em saúde. Enfermagem neonatal. Neonatologia.

GT: Práticas Educativas em Saúde.

Agradecimento: Agradecemos à equipe do Serviço de Neonatologia do HU/UFGD e ao Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da UEMS.

INTRODUÇÃO

O Palivizumabe é um anticorpo monoclonal utilizado na prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Essa infecção acomete com mais severidade os lactentes “menores de dois anos que nasceram abaixo de 28 semanas de idade gestacional, que tenham doença pulmonar crônica e/ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica”⁽¹⁾. Sendo reforçada a imunoprofilaxia dessa população pela Academia Americana de Pediatria⁽²⁾.

O sistema imunológico dessas crianças ainda é pouco desenvolvido. A interferência de outros fatores como “desmame precoce, exposição ao tabaco, idade inferior a seis meses, condição socioeconômica baixa e ser do sexo masculino” podem potencializar as complicações nessa população⁽²⁾.

As principais complicações são bronqueolite, infecções do trato

respiratório inferior, como pneumonia, podendo apresentar quadros exacerbados evidenciados pela necessidade de oxigenoterapia e ventilação mecânica. Sendo a principal causa de mortalidade em menores de cinco anos, principalmente abaixo de 11 meses. A administração preventiva do Palivizumabe nessa população “reduz a incidência de hospitalizações e admissões em Unidade de Terapia Intensiva por VRS”⁽²⁾.

O VSR ocorre em período sazonal, predominando no inverno e início da primavera, que varia conforme a região brasileira, devido sua extensão territorial. O Estado de Mato Grosso do Sul considera sazonalidade os meses entre abril e agosto, indicando esse período para imunoprofilaxia das crianças mais suscetíveis⁽¹⁾.

A administração do palivizumabe faz parte das ações programáticas, do Ministério da saúde, para redução da mortalidade infantil, sendo instituída pela Portaria n° 522⁽¹⁾ suas ações técnicas e atividades educativas de forma “prescritiva”, a saber:

O profissional de saúde deverá orientar o responsável pela criança sobre os benefícios do palivizumabe, assim como seus efeitos adversos, os cuidados a serem realizados na prevenção de infecções respiratórias no domicílio e, se for o caso, a importância da continuidade do recebimento da(s) dose(s) faltante(s), ambulatorialmente ou em hospital-dia. Informar aos pais ou responsáveis qual é o estabelecimento de saúde credenciado pela respectiva secretaria estadual de saúde para administração de palivizumabe e quais as providências necessárias de forma a garantir de forma ágil o acesso ao medicamento, em momento oportuno, para crianças residentes nos diversos municípios do país⁽¹⁾.

Em contrapartida o foco principal da enfermeira em pediatria é o

cuidar e educar as famílias/responsáveis para promoção da saúde e essas atividades devem ser guiadas pela ação e reflexão⁽³⁾. Para haver um consenso entre o conhecimento popular da mãe e da enfermeira (técnico) há necessidade de uma aproximação entre ambos. É necessário que a enfermeira consiga interpretar a cultura da família/responsável, repensando a forma de direcionar essas “ações educativas” ainda tão impregnadas pelo autoritarismo que inibe a voz do outro e seus atos⁽³⁾.

Para possibilitar o diálogo devem ser abordados também os hábitos da família para atingirmos a prevenção, compreendendo quais são as crenças pré-existentes, valorizando suas concepções e falas, dando-lhe voz. Queiroz & Jorge⁽⁵⁾ complementam que:

Ao abordar a família na perspectiva de educação em saúde, o profissional deve acreditar nas suas potencialidades, permitir-lhe encontrar opções para a solução de seus problemas, com apoio de quem dispõe de condições para ajudar. O contexto atual de atenção à saúde da criança e da família exige a inovação urgente de uma prática que contemple a interação com a criança e com a família, e na qual o profissional atue junto aos pais e/ou responsáveis, facilitando a aprendizagem das situações e desafios do processo saúde-doença.

Apesar do exposto percebemos nossas ações profissionais impregnadas dos princípios do Higienismo, que teve como pressuposto usar da persuasão para imprimir hábitos higiênicos na população, mais especificamente nas crianças, por meio da educação dogmática, normatizadora, disciplinante e civilizadora⁽⁴⁾.

Objetivos

Analisar a abordagem pedagógica, os conteúdos de aprendizagem e o discurso pedagógico da enfermeira durante a atividade educativa aos pais de criança atendida no ambulatório de administração de

Palivizumabe, e descrever os esforços empreendidos na transposição de uma postura autoritária/do condicionamento para uma postura dialógica da educação popular.

Método

Trata-se de um relato de experiência, que busca ilustrar uma prática desenvolvida no Pronto Atendimento Pediátrico (PAP) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), como estratégia educativa aos pais de crianças com critérios para uso de Palivizumabe. Para subsidiar ações/reflexões que permitirão auxiliar no desabrochar da prática dialógica a abordagem pedagógica, será analisada segundo Mizukami⁽⁵⁾, os tipos de discurso pedagógico sob a ótica de Orlandi⁽⁶⁾ e os tipos de conteúdo, conforme Zabala⁽⁷⁾.

CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DA PRÁTICA

O HU/UFGD conta com maternidade de alto risco, tendo suporte de UTI Neonatal (UTIN). O Serviço de Neonatologia contempla o centro obstétrico, alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários neonatal, UTIN, ambulatório neonatal de alto risco (follow up) e ambulatório do Palivizumabe.

O ambulatório de Palivizumabe do HU/UFGD atende crianças nascidas em Dourados e sua macrorregião, composta por 34 municípios do Mato Grosso do Sul, prioritariamente do Sistema Único de Saúde, porém abrange também os nascidos da rede privada de saúde, desde que atendam aos critérios de inclusão (idade gestacional de nascimento, patologias existentes, ou cidade de abrangência).

O ambulatório de administração de Palivizumabe funciona às quartas-feiras, no período matutino, atendendo duas vezes ao mês (dois grupos de crianças diferentes com quantitativo equilibrado entre as semanas). São realizadas triagem, consulta e imunização dos infantes associada à atividade educativa aos pais, relacionada ao tema.

Sendo uma parceria entre governo do estado de Mato Grosso do

Sul, que disponibiliza o

imunobiológico de alto custo e o serviço de neonatologia, imunização e farmácia do HU/UFGD. Esta equipe é composta por médica, enfermeira, técnica de enfermagem e farmacêutica, assim como residentes médicos da pediatria e multiprofissionais da enfermagem. Ao HU/UFGD cabe a operacionalização local do programa, sua articulação logística como previsão, provisão, administração do anticorpo e atividades educativas à população.

O período de avaliação dos atendimentos ocorreu nos dias 12 e 18 de junho, 09 e 16 de julho, 11 e 18 de agosto de 2014, assim como 18 e 25 de março e 15 e 22 de abril. Foram realizados 192 atendimentos, com uma população de 60 crianças, sendo 34 meninos e 26 meninas. Todas nascidas em Dourados, sendo 49 nascidas no HU/UFGD e 11 em instituições privadas, destas 16 são moradores de Dourados e 44 das cidades da macrorregião.

Quanto às indicações clínicas das crianças, 04 foram devido à cardiopatia com repercussão hemodinâmica, 02 pela fibrose cística (doença pulmonar crônica) e 54 tendo como causa a prematuridade extrema associada à displasia broncopulmonar (doença pulmonar crônica). Da população de 60, 05 crianças já saíram do programa por completarem a idade limite de dois anos, perdurando 55 para os meses subsequentes, acrescentando novas a cada mês conforme critérios pré-estabelecidos.

Cerca de três dias antes da imunização a vacinadora confirma, via telefone, com os responsáveis da criança sua presença na data agendada e reforça a importância do imunobiológico, muitas vezes necessita lembrá-los do valor do frasco-ampola para convencê-los.

O índice de absentismo oscila entre 0% e 10%, em algumas ocasiões foi necessário solicitar apoio ao conselho tutelar para acompanhar uma família que tinha resistência em trazer a menor ao ambulatório, pois segundo Brasil⁽⁶⁾ nós temos que assegurar que as crianças não sejam vítimas de negligência. Sendo o palivizumabe um medicamento utilizado como política pública para minimizar o risco de óbito infantil a sua administração deve ser assegurada a quem tem direito⁽⁹⁾.

Apesar das faltas ocorrerem num percentual aceitável, percebeu-se que durante a última administração do mês de abril tivemos uma elevação para 38%. Como possíveis justificativas tivemos o fato da confirmação ter ocorrido presencialmente na administração de março, somado a isso a data sucedeu um feriado. Isso nos levou a questionar nosso método pedagógico, porque não basta ter presença nas ações sem compreensão da importância do anticorpo para a vida da criança.

Observou-se que o tempo médio gasto na atividade completa de triagem, consulta, administração e educação ficam em torno de 4h. Aproveita-se o momento da espera para orientar os pais coletivamente sobre o Palivizumabe. São abordados os conceitos de VSR e do palivizumabe, suas indicações, reações adversas, a importância do retorno da criança, o valor do frasco-ampola e necessidade de realização do anticorpo em grupo para minimizar as perdas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população atendida apresenta uma caracterização sócio-econômico-cultural heterogênea, porém, prevalecendo crianças do sexo masculino, nascidas prematuramente no HU/UFGD e tendo a displasia broncopulmonar a principal patologia de base. Esses infantes são, em sua maioria, acompanhados de suas mães, tendo moradia fixa nas demais cidades da macrorregião de Dourados. Com uma média de 27 crianças atendidas, num período de 4 h, entre atividades educativas e práticas sanitárias.

Pela análise da abordagem pedagógica observa-se o predomínio da tradicional nas ações educativas da enfermeira, pois a forma como se “transmite o conteúdo” é “vertical”, sendo o ensino centrado na “verdade” do especialista, que é “absoluta” e superior à da mãe, aqui considerada um ser inferior que deve “executar prescrições que lhe são fixadas por autoridades exteriores”⁽⁵⁾.

Aqui a profissional de saúde está, por meio da palestra, tentando que o conhecimento sobre a importância do Palivizumabe seja “inculcado” na mãe da criança, independente de sua vontade, por

considerá-la vazia de saber científico, depositando informações diversas e sem significado a ela. Utilizando mecanismos muitas vezes opressores como acionar o conselho tutelar, reforços sobre o valor da medicação, “culpabilizando-a”, resultando em dependência desta mãe aos profissionais da saúde, pois da forma como a informação chega padronizada é compreendida parcialmente por ela⁽⁵⁾.

O discurso percebido é autoritário, pois a informação é a menos percebida, sendo ocultada pela fala impositiva, imperativa, “segura”, dando sentido de “ordem”, mesmo que de forma velada. Manifestando-se como “algo que se deva saber”, criando noção de erro, culpa e gerando poder ao profissional de saúde, que muitas vezes por força do hábito de ter que fazer tudo rapidamente, pelo excesso de atividades como atender 27 crianças em 4 h se apoia no discurso velado e automático que está preocupado com a mortalidade infantil⁽⁶⁾.

Analisarmos os tipos de conteúdo é de relevância, pois nos permite dar magnitude à “diversidade” existente nos processos de aprendizagem, que sempre se apresentam de forma “singular” e “pessoal”. Esses processos dependem das “capacidades” (recursos complexos, físicos e afetivos) e das “aprendizagens prévias” (treinamento) de cada mãe possibilitando estratégias educacionais mais adequadas de ensino a depender do tipo de conteúdo em questão, possibilitando uma aprendizagem significativa⁽⁷⁾.

O Palivizumabe (nome do anticorpo) e sua caracterização enquanto medicamento, o local, data e hora de administração são “conteúdos factuais”, precisando ser repetidos para que seja efetivamente memorizado, sendo indispensáveis para compreensão nos conteúdos conceituais⁽⁷⁾.

Os “conceituais e de princípios”, são necessários para entender a importância, as reações adversas e a necessidade da continuidade de uso do medicamento, o processo de aprendizado ocorre com mais facilidade quando se permite que a mãe utilize de situações de sua realidade para poder transpor os significados tornando-os conteúdos significativos⁽⁷⁾.

Os “conteúdos atitudinais” necessitam ser trabalhados, devido seus benefícios políticos, para coletividade, solidariedade, visando à mudança de postura para uma mais ativa, responsável, que possibilite o empoderamento do usuário, pode ser alcançado valendo-se da afetividade e conduta, pois se relaciona com crenças e valores representados simbolicamente pelas atitudes vinculadas às pessoas que nos são significativas. Esse conteúdo sendo direcionado adequadamente permite que a mãe reflita e compreenda a importância do Palivizumabe para seu filho⁽⁷⁾.

As atividades iniciais restringiam-se a atividade educativa em forma de palestra, reproduzindo uma lógica “tarefeira”, mecanicista e preocupada com a produtividade. Haja vista que o próprio material do Ministério da Saúde delimita as ações de saúde sob discussões da produção docentes dos professores vinculados ao referido projeto.

Ao longo do tempo percebeu-se a importância de uma reflexão mais profunda da atividade profissional desempenhada, mais especificamente a educativa, buscando perceber a postura desempenhada, tomando consciência da realidade para que ela fosse desaprendida permitindo as brechas para o “desabrochar” de uma postura dialógica e desenvolvimento da “inteligência relacional”⁽¹⁰⁾.

No transcurso dos atendimentos a postura autoritária percebida foi se transformando, utilizando-se de aula expositiva dialogada, por meio de rodas de conversa informais, sobre a temática abordada e as principais dúvidas dos pais relacionadas a esse universo, também por meio de diálogos individualizados durante as atividades de pesagem e mensuração, consulta e administração do medicamento procurando perceber as necessidades de cada um com suas experiências prévias, direcionando a construção de seu conhecimento para seu empoderamento.

CONCLUSÃO

Observa-se a imprescindibilidade de realizar as práticas educativas aos pais desde o início da internação da criança na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pois o processo de aprendizagem é contínuo e ilimitado, possibilitando que no ambulatório do

Palivizumabe o empoderamento das mães esteja mais sólido, contribuindo para o crescimento do grupo.

O desafio para as próximas ações educativas com pais/responsáveis é manter esta postura reflexiva, compreender o contexto em que esses sujeitos estão inseridos, suas crenças e culturas, para que desse ponto em diante, dialogicamente se processe a aprendizagem significativa.

Esse movimento de refletir sobre a prática profissional, tomando consciências das necessidades de mudança e expansão para uma postura mais coletiva não é uma tarefa fácil. Exige esforço contínuo, desenvolvimento de habilidades internas para lidar com as incertezas e desconfortos provocados pela tensão gerada pela mudança dos papéis desempenhados social e profissionalmente.

Deixando evidente a necessidade de manter essa atitude vigilante, ativa, de respeito e de diálogo tanto interno (autoconhecimento), quanto externo (nas relações). Possibilitando desenvolver recursos que possibilitem a aproximação teoria-prática e tornando mais fácil a concretização da educação popular sem resquícios da postura tradicional autoritária, numa transformação completa e real.

Grupo Temática

1- GT Práticas Educativas em Saúde

Agradecimentos

Agradecemos à equipe do Serviço de Neonatologia do HU/UFGD e ao Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da UEMS.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Portaria nº 522. Aprova o protocolo de uso do Palivizumabe. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 13 de maio de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0522_13

_05_2013.html. Acesso em: 29 de abril de 2015.

2 Brats. Uso profilático do Palivizumabe em crianças com alto risco para doenças por vírus sincicial respiratório. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde

(BRATS) .Ano VI (15): 1-12, 2011. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e0be3c0044ae54769640b66b0d9f14d3/USO+PROFIL%C3%81TICO.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 29 de abril de 2015.

3 Queiroz MVO, Jorge MSB. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, 2004. 26(1): 71-81.

Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1619/1060>. Acesso em: 30 de abril de 2015.

4 Rocha HHP. Educação escolar e higienização da infância. Caderno Cedes, Campinas, 23(59): 39-56, abril 2003.

5 Mizukami MGN. Abordagem Tradicional. In: Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986. p. 7-17.

6 Orlandi EP. Discurso pedagógico: a circularidade. In: A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso. 4ª Ed. Campinas: Pontes, 1986.

7 Zabala A. A função social do ensino e a concepção sobre os processos de aprendizagem: instrumentos de análise. In: A Prática Educativa: como ensinar. Antoni Zabala. Trad. Ernani F. da Fonseca Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998. Reimp. 2008. p. 27-51.

8 Brasil. Lei nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto criança e do adolescente e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 13 de junho de 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 30 de abril de 2015.

9 Pnud. Objetivos de desenvolvimento do milênio: 4- Reduzir mortalidade na infância. Programa das Nações Unidas para o

desenvolvimento, 2012. Disponível em:
<http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>. Acesso em: 30 de abril de
2015.

10 Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de
ensinagem.[s.d.]: 1-22.

11. ATUAÇÃO DE ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA EM UMA MATERNIDADE: HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO

Autor - Caroline Aparecida da Silva Morais¹, Anelise de Souza Barbosa²,
Nayara Brandão Moura³, Luciana Leonetti Correia⁴

¹Estudante do Curso de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, Unidade Universitária de Dourados; Email: carol_morais_@hotmail.com. Relator.

²Estudante do Curso de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, Unidade Universitária de Dourados; Email: anelise1_1souza2@hotmail.com

³Estudante do Curso de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, Unidade Universitária de Dourados; Email: nayara_93@msn.com

⁴Professora do Curso de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, Unidade Universitária de Dourados; Email: lucianacorreia@ufgd.edu.br.

RESUMO

Introdução: O período gestacional, o parto e puerpério são acometidos por mudanças biopsicossociais, pois se trata de um evento muito importante tanto para a mulher quanto para sua família, onde implica mudanças fisiológicas e de rotina familiar. No puerpério, a mulher continua precisando de atenção, orientação, amparo e proteção, visto que, apesar da vulnerabilidade física e emocional, logo após o parto é necessário que ela se dedique aos cuidados iniciais ao recém-nascido, como por exemplo, a amamentação. Neste sentido, acompanhamento e orientação psicológica próxima a mãe e ao bebê são indispensáveis, assim como um atendimento humanizado que visa o respeito quanto a fisiologia, além de reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo também suporte emocional à mulher e sua família. **Objetivos:** O estudo consiste em um relato de experiência do estágio em Psicologia da Saúde, o qual teve por objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no contexto hospitalar, especificamente, na maternidade de um hospital universitário, junto às mães, aos bebês e aos acompanhantes. **Metodologia:** As atividades foram realizadas em duas modalidades: individualmente, por meio de visitas aos leitos e, em grupos. **Resultados:** Quanto

aos resultados, verificou-se que as mães mostraram-se mais motivadas para a amamentação e, ao longo da internação, conseguiam superar as dificuldades iniciais. Ações que incorporem práticas de humanização, tanto individuais quanto em grupo, são de fundamental importância na maternidade.

GT: Práticas Educativas em Saúde

Agradecimentos: as mães e aos profissionais da maternidade do HU/UFGD

Introdução

A gestação é um período que envolve grandes mudanças biopsicossociais, ou seja, há transformações não só no organismo da mulher, mas também no seu bem-estar, o que altera seu psiquismo e o seu papel sociofamiliar¹. Sarmiento e Setubal² apontam a necessidade de compreender os aspectos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, bem como os aspectos emocionais mais observados no pré-natal, parto, puerpério e em situações de intercorrência gestacional.

Nos nove meses de gestação que antecedem o parto, a mulher passa por transformações físicas e psíquicas. É a partir do momento da percepção, consciente ou inconsciente, de que a mulher está grávida que se inicia a formação da relação materno filial e mudanças nas relações familiares. Nesse período, a mulher pode apresentar sentimentos ambivalentes tendo em vista ser um momento ligado a mudanças interpessoais, intrapsíquicas, físicas, emocionais³.

O parto é vivenciado em um período curto de tempo, mas longo em expectativas. Muitas gestantes temem em não reconhecer quando entram em trabalho de parto e de não ser capaz de saber quando procurar o médico. Além disso, a mulher teme a dor, teme não suportá-la, teme a morte e existe o medo de serem dilacerados seus órgãos genitais².

Maldonado³ afirma que situar a gravidez como transição não significa que o período crítico termine com o parto, pois grande

parte das mudanças maturacionais ocorre após a mulher dar à luz e, dessa forma, o puerpério deve ser considerado a continuação do período de transformação, pois implica modificações fisiológicas assim como da rotina e do relacionamento familiar.

Outra característica do puerpério é que a chegada do bebê pode despertar diversos sentimentos, deixando-a vulnerável emocionalmente. Verifica-se que cerca de 70% a 90% das puérperas apresentam um estado depressivo mais brando e transitório, que aparece em geral no terceiro dia após o parto e tem duração aproximadamente de duas semanas, chamado de *baby blues*. Este estado está associado a adaptações e perdas vivenciadas pelas puérperas após o nascimento do bebê². Portanto, a puérpera continua precisando de cuidado, amparo e proteção nesse período.

As emoções maternas podem afetar inclusive a lactação por meio de mecanismos psicológicos específicos. A amamentação não deve ser vista apenas como um processo fisiológico, uma vez que envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre mãe e bebê⁴. Calma, confiança e tranquilidade materna favorecem um bom aleitamento, por outro lado, medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação.

Sobre a amamentação, o leite materno é considerado pela Organização Mundial da Saúde como o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis dos bebês. Recomenda-se que as crianças sejam amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida, com o objetivo de atingir ótimos níveis de crescimento, desenvolvimento e saúde. Após este período, para cobrir as necessidades nutricionais, as crianças devem receber alimentação complementar adequada e continuar sendo amamentadas até os dois anos ou mais⁵.

Outro aspecto a se considerar é o contexto das políticas públicas voltadas a assistência humanizada ao parto e puerpério. Com o avanço da tecnologia, o parto deixou de ocorrer nas casas e passou a ser realizado dentro dos hospitais. Dessa forma, o ato natural de parir e nascer passou a ser considerado um ato cirúrgico e “patológico”, onde a técnica medicalizada começou a ser

privilegiada, em detrimento do protagonismo da mulher e do bebê⁶. Sendo assim, a humanização na assistência ao parto propõe o resgate do papel da gestante, por meio de mudanças na cultura hospitalar, seja pelas modificações na estrutura física de hospitais, tornando o âmbito hospitalar um espaço acolhedor, e ainda, por mudanças, principalmente, dos paradigmas de atuação dos profissionais da saúde para que respeitem e criem condições necessárias para atender os aspectos espirituais, biológicos e psicológicos das gestantes. A assistência humanizada no período gestacional, parto e puerpério é considerada de suma importância, pois transmite segurança à mulher e a família⁷.

Objetivos

O estudo consiste em um relato de experiência do estágio em Psicologia da Saúde, o qual teve por objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no contexto hospitalar, especificamente, na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), junto às mães, aos bebês e aos acompanhantes.

Método

As atividades foram realizadas em duas modalidades: individualmente, por meio das visitas aos leitos e, em grupos.

As intervenções individuais consistiam na visita aos leitos das puérperas que estavam hospitalizadas, em geral, aguardando o momento da alta. Cada apartamento da maternidade tinha capacidade para atender até duas mães, seus bebês e um acompanhante para cada mãe. Essas visitas tinham por objetivo acolher e oferecer apoio às mães e, em alguns casos, aos seus acompanhantes. Outro objetivo da visita era identificar possíveis indicadores de risco materno tais como estresse, tristeza, angústia e dificuldades em relação ao bebê, para que pudessem ser minimizados em seu impacto na relação mãe-bebê. Por vezes, outros profissionais, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas também acompanhavam essas visitas.

As intervenções em grupo surgiram, por sua vez, da necessidade de orientações mais específicas sobre uma das queixas mais frequente: dificuldade na amamentação do bebê. Dessa forma, após as visitas aos leitos (descritas acima), as mães e seus acompanhantes eram convidados a participarem de um encontro em grupo, realizado em uma sala específica, dentro da própria maternidade. Nesse encontro, após as apresentações dos participantes, um vídeo sobre amamentação do Ministério da Saúde, com duração de aproximadamente 20 minutos, era apresentado. Posteriormente ao final do vídeo, iniciava-se uma discussão onde os participantes podiam relatar suas experiências e esclarecer possíveis dúvidas. Ao final, encerrava-se com alguma atividade de relaxamento.

Resultados e Discussão

Os resultados serão descritos de acordo com as observações verificadas em cada intervenção realizada.

Nas intervenções individuais era possível ouvir as necessidades de cada mãe, saber como tinha ocorrido o parto, como estava sua relação com o bebê, se a mãe estava conseguindo amamentar, quais os sentimentos que ela estava vivenciando, quais suas dúvidas ou queixas. Verbalizações acerca da dificuldade de o bebê ser amamentado (dificuldades de pega, sucção, seio fissurado, bebê sonolento), ansiedade e desejo de receber alta eram comuns entre as mães. Outro fato recorrente era a falta de informação sobre o recém-nascido que estava na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Frente a tais dúvidas e sentimentos as estagiárias tinham a oportunidade de orientar essas mães, com intuito de promover o seu bem-estar durante o período da internação.

Sobre o grupo com mães, ocorrerão cerca de 15 intervenções na maternidade, nas quais participaram cerca de 67 pessoas, entre mães (n=52) e acompanhantes (n=15). Após o início dos grupos, percebeu-se maior sucesso na amamentação. Nota-se que através de discussões como as que foram realizadas, foi possível tranquilizar as puérperas que estavam enfrentando algum tipo de

dificuldade para amamentar, observou-se também que tais orientações ajudam a fortalecer a confiança e motivação no momento da mamada. A adesão ao grupo também foi satisfatória.

Durante as intervenções psicológicas, percebeu-se que na maternidade não houve muitas estratégias em prol da assistência humanizada, as puérperas, bem como seus acompanhantes, necessitavam de um espaço para se expressarem e a partir dessas intervenções foi possível promover um ambiente acolhedor. Alguns profissionais buscavam considerar a fala e sentimentos das puérperas, bem como dos familiares, mas grande parte da equipe médica realizava intervenções sem ao menos explicar a necessidade do mesmo.

Além do trabalho desenvolvido com as mães e seus acompanhantes, a troca de conhecimentos entre os profissionais da área também foi muito importante, como profissionais em formação, entendemos que é de extrema importância que as práticas na área da saúde aconteçam de maneira multiprofissional.

Conclusão

Por meio dos apontamentos observados na literatura apresentada e nas vivências da maternidade do Hospital Universitário podemos identificar a ocorrência de inúmeros aspectos emocionais no período gestacional e do puerpério. O contato com essa realidade foi um espaço de reflexão em relação as formas de interação entre profissionais da saúde e puérperas, visto que esta relação é de extrema importância para que essa população se sinta acolhida dentro da instituição.

Cabe destacar que, a assistência integral à puérpera acaba por alcançar, direta ou indiretamente, o bebê, por meio do fortalecimento do vínculo mãe-bebê⁹ e práticas voltadas ao incentivo à amamentação, e a família como um todo, em especial, o acompanhante dessa puérpera, o qual geralmente a auxiliará e a ajudará nos cuidados posteriores com o bebê.

A garantia do bem-estar materno e neonatal, atenção qualificada e humanizada por meio da incorporação de condutas

acolhedoras são alguns dos objetivos principais das políticas públicas voltadas à assistência humanizada ao parto e puerpério⁸. Sendo assim, ações que incorporem práticas de humanização, tanto individuais quanto em grupo, são muito bem-vindas nesse contexto.

REFERÊNCIAS

1. Klein MMS, Guedes CR. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. Revista: Psicologia Ciência e Profissão, vol.28, 2008.
2. Sarmiento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. Campinas: Revista Ciência Médica, 2003.
3. Maldonado M T. Psicologia da gravidez. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.
4. Guimarães BA, Lima RE. O ato de amamentar. Niterói, 2010.
5. Diehl JP, Anton MC. Fatores emocionais associados ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. Canoas, 2011.
6. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Ribeirão Preto: Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005.
7. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10: 669-707.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
9. Falcone, VM, et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Revista Saúde Pública, 2005.

2- GT PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

1.MULHERES EM TERAPIA	Adriana de Almeida Teles; Cassia Barbosa Reis
2.EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A UTILIZAÇÃO SEGURA DAS PLANTAS MEDICINAIS	Joshiley Coelho Guindo Aquino; Dioelen Virgínia Borges Souza de Aquino Coelho; Franciele Nunes de Oliveira; Luciana Aparecida de Carvalho Barbosa; Marjorie Dias Maciel.
3.INTERVENÇÃO BREVE DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA - DIALOGANDO COM MULHERES	Camila Veiga de Lara; Odival Faccenda; Marcia Regina Martins Alvarenga
4.ACOLHIMENTO DE PAIS NA UTI NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Leidimara Cristina Zanfolim; Ednéia Albino Nunes Cerchiarí
5.EDUCAÇÃO CONTINUADA E SUA IMPORTÂNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS REAÇÕES DE QUIMIOTERÁPICOS ENDOVENOSOS	Ângelo Rodolfo Santiago; Ronaldo José da Silva; Antônio Sales; Rogério Dias Renovato.
6.MUDANÇAS DAS PRÁTICAS DE ATUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DIANTE DA POLITICA NACIONAL HUMANIZAÇÃO (PNH)	Luciana Aparecida Carvalho Barbosa; Franciele Nunes de Oliveira; Marjorie Ester Dias Maciel; Dioelen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho; Joshiley Coelho Guindo de Aquino
7.PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DE MARIA HELENA SALGADO BAGNATO	Fausi Padilha Gonçalves; Sílvia Regina Souza de Azevedo; Rogério Dias Renovato
8.PRÉ-NATAL MASCULINO: PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO	Simone de Deus Anzoategui , Edilson José Zafalon
9.IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO	Franciele Nunes de Oliveira; Marjorie Ester Dias Maciel; Luciana Aparecida Carvalho Barbosa; Dioelen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho; Joshiley Coelho Guindo de Aquino
10. VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM EM PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UNIVERSIDADE ABERTA DA MELHOR IDADE.	Rogério Dias Renovato, Mariana de Oliveira Cunha Castro, Priscila Rosa de Assumpção Costa
11. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO (AC): RELATO DE EXPERIÊNCIA	Rhaissa dos Reis Marcelino; Tatiane Geralda André; Bruna Gonçalves Bruno; Roselaine Terezinha MigottoWatanabe

1. MULHERES EM TERAPIA

Autor¹ – Adriana de Almeida Teles

Autor²- Profa Dra Cassia Barbosa Reis

¹Estudante do Curso do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; email: drialteles@hotmail.com

²Professora Dra. do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; email: cássia@uems.br

Resumo

Introdução: Trata-se de um relato de experiência de grupoterapia de mulheres na faixa etária acima de 45 anos, realizado no Ambulatório de Psicologia no Município de Dourados/MS. É um serviço de Psicologia que oferece a psicoterapia individual e em grupo. Este trabalho refere-se a uma grupoterapia psicanalítica, não tendo particularmente um único referencial teórico-técnico de compreensão, mas, seguindo os fundamentos básicos da escola psicanalítica. A prática educativa em saúde é evidenciada nesse trabalho de grupo com as mulheres na medida em que se constitui um espaço de encontros com o outro, sujeito(s) portador de diferentes saberes, experiências, representações, culturas, lugares sociais, valores, necessidades, experiências cotidianas, práticas sociais. **Objetivos:** O Grupo de Mulheres visa à obtenção da melhora do sofrimento psíquico que as levaram ao Ambulatório, aliviando suas angústias; melhor adaptação nas inter-relações familiares, profissionais e sociais. Essas pacientes são encaminhadas pelas Unidades de saúde do Município por apresentarem necessidade do acompanhamento psicológico. **Metodologia:** A Psicoterapia de Grupo de Mulheres tem uma frequência semanal, sendo uma sessão com uma hora e trinta minutos de duração. A princípio é realizada uma triagem individual e posteriormente a paciente é encaminhada ao grupo, que é composto de 05(cinco) mulheres atualmente. O período do tratamento é de 03(três) meses podendo se estender dependendo da necessidade do paciente. Trata-se de um grupo aberto, heterogêneo quanto às queixas. As

queixas mais freqüentes são os sintomas depressivos leves. **Resultados:** Alguns resultados são perceptíveis durante o tratamento. Algumas mulheres apresentam melhoras em sua auto-estima, nos sintomas depressivos, que são evidenciados na vitalidade dos relatos de sua vida pessoal, na própria expressão física. Apresentam melhora dos seus conflitos psíquicos, conseguindo expandir suas vivências em suas relações interpessoais. Demonstram maior disposição para as atividades rotineiras. O grupo se torna um espaço de vivências, de produção de subjetividades, de sentidos e significados que vão sendo construídos e desconstruídos em um tempo e espaço.

Palavras-Chave: Grupoterapia. Mulheres. Ambulatório. Escola Psicanalítica.

Grupo de Trabalho: Práticas Educativas em Saúde.

2. MUDANÇAS DAS PRÁTICAS DE ATUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR DIANTE DA POLITICA NACIONAL HUMANIZAÇÃO (PNH)

Luciana Aparecida Carvalho Barbosa¹; Franciele Nunes de Oliveira²; Marjorie Ester Dias Maciel³; Diolen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho⁴; Joshiley Coelho Guindo de Aquino⁵

¹Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS; Email: luci_enfermagem@hotmail.com. Relatora.

²Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS; Email: franciele_enf@hotmail.com Relatora

³Aluno do curso de Doutorado em Enfermagem/EE-USP. E-mail: marjorieester@yahoo.com.br

⁴Aluna do curso de Mestrado em Biologia Geral/Bioprospecção FCBA/UFGD E-mail: dioaquinocoelho@gmail.com

⁵Aluno do curso de especialização em Metodologias para Ensino Superior a Distância/ ANHANGUERA. E-mail: joshileycoelho@gmail.com

RESUMO

Introdução: Inúmeros problemas são verificados na atenção a saúde das instituições e estes prosseguem sem solução, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, é um processo amplo, que solidifica um novo modelo de assistência embora, demorado e complexo, e que apresenta resistências. Para a redefinição da humanização faz-se necessário qualificar o atendimento, promover a satisfação do usuário, além de sensibilizar o profissional de saúde para que reconheça o usuário como um sujeito e não como um simples objeto de sua atenção. **Objetivo:** Verificar as mudanças nas práticas do desenvolvimento da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com busca em sites que contém artigos científicos sobre o tema como SCIELO, Google acadêmico, LILACS, PEPSIC, compreendidos no período de publicação entre 2008 a 2015. **Discussão:** Os serviços de saúde principalmente o hospitalar presta assistência a pacientes e seus familiares 24 horas por dia com cuidados gerais, orientações etc. Práticas humanistas resultam em uma assistência com qualidade e para

que ocorra com sucesso é importante que a equipe de enfermagem esteja evolvida fazendo parte desse contexto, recebendo capacitações para a sensibilização e o despertar de um olhar mais humano. **Considerações Finais:** A enfermagem assiste o paciente de forma contínua e com uma grande proximidade, para que esse cuidado seja melhor, fazem-se necessárias mudanças nas práticas assistenciais traçando o modelo da (PNH) que traz o profissional pra mais perto do paciente correspondendo as suas necessidades de forma eficaz.

Descritores: humanização, assistência hospitalar, enfermagem.

GT: 1 Práticas educativa em saúde.

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A UTILIZAÇÃO SEGURA DAS PLANTAS MEDICINAIS

Joshiley Coelho Guindo Aquino¹; Dioelen Virgínia Borges Souza de Aquino Coelho²; Franciele Nunes de Oliveira³; Luciana Aparecida de Carvalho Barbosa⁴; Marjorie Dias Maciel⁵

¹ Aluno do curso de especialização em Metodologias para Ensino Superior a Distância/ ANHANGUERA. E-mail: joshileycoelho@gmail.com. Relator.

² Aluna do curso de Mestrado em Biologia Geral/Bioprospecção UFGD/FCBA. E-mail: dioaquinocoelho@gmail.com

³ Aluna especial do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde/UEMS. E-mail: franciele_enf@hotmail.com

⁴ Aluna especial do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde/UEMS. Luci_enfermagem@hotmail.com

⁵ Aluna do curso de Doutorado em Enfermagem/EE-USP. E-mail: marjori_29@hotmail.com.

RESUMO

Introdução: A utilização de plantas medicinais no tratamento e na prevenção de enfermidades é uma prática bastante antiga e que ainda é muito presente no cotidiano das comunidades. Apesar do grande avanço nas pesquisas e no conhecimento acerca das plantas medicinais, ainda existem obstáculos para o seu uso correto, principalmente pelas populações carentes. **Objetivos:** ensinar por meio de atividades educativas a utilização segura das plantas medicinais. **Metodologia:** foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a utilização segura de plantas medicinais, bem como as políticas públicas que tratam da implantação da fitoterapia e regulamentam sua inserção na assistência farmacêutica pelo SUS; as informações levantadas foram avaliadas a partir da experiência de gestão, pelo método empírico considerando elaboração e discussão dos itens abordados. **Discussões:** Assim como qualquer outro tipo de fármaco se faz necessário o uso de forma correta para que sua ação seja eficaz e não cause danos/agravos à saúde. O uso incorreto de plantas medicinais oferecem riscos, para uma terapêutica segura se faz necessário que haja desde a produção da planta certos cuidados, pois as mesmas devem ser cultivadas e processadas dentro

dos critérios técnicos exigidos. Muitos comerciantes desconhecem as propriedades farmacológicas da planta e em especial sua toxicidade e interações que podem ocorrer com uso da mesma.

Conclusão: As práticas educativas comunitárias são muito importantes no âmbito da promoção da saúde no contexto da Atenção Primária, principalmente. Sendo assim, realizar atividades que mostrem o manuseio correto das plantas medicinais desde sua produção, cultivo até o uso (chá, emplastos, cápsulas, etc) se torna primordial para que haja a ação esperada das mesmas de forma eficiente sem causar danos colaterais.

Descritores: educação em saúde; atenção primária à saúde; plantas medicinais,

GT: 1 Práticas Educativas em Saúde.

4. INTERVENÇÃO BREVE DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA - DIALOGANDO COM MULHERES

Camila Veiga de Lara ¹

Odival Faccenda ²

Marcia Regina Martins Alvarenga ³

1-Estudante do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados. Email: camilaveigalara@hotmail.com.

2 – Professor Doutor do Curso de Ciências da Computação e do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados. Email: odival@comp.uems.br.

3 - Professora Doutora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados. Email: marciaregina@uems.br

RESUMO

Introdução: Este trabalho foi fruto do convite para participar do Projeto de Educação em Saúde desenvolvido por uma professora da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul e por três alunas do Curso de Enfermagem modalidade bacharelado e licenciatura, nos Bairros Jóquei Clube e Vila São Braz, com mulheres que participam do Banco Pire, uma organização não governamental. **Objetivos:** Despertar as mulheres para a importância da preparação e planejamento para aposentadoria, além de motivá-las a adotar comportamentos saudáveis que favoreçam a adaptação e bem-estar a essa nova fase da vida. **Metodologia:** A intervenção breve é caracterizada como uma ação terapêutica preventiva de curta duração. Foi desenvolvida em um grupo de 14 mulheres, com idades entre 16 e 75 anos, em um encontro com duas horas de duração, onde a técnica de roda de conversa foi aplicada utilizando estratégias complementares baseadas nos elementos FRAMES - *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy e Self-efficacy*. **Resultados:** Todas as participantes avaliaram positivamente a intervenção, dizendo que a tarde havia sido alegre, proveitosa, que haviam ensinado e aprendido. Enquanto Psicóloga e discente do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, pude colocar em prática o que foi

aprendido durante o curso de Educação para Aposentadoria, ofertado pelo Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília, realizado em 2014, o que tem sido aprendido durante a elaboração do projeto de pesquisa “Elaboração de um Programa de Preparação para Aposentadoria para os servidores de uma Universidade Pública”, mas acima de tudo o que se aprende durante as aulas do mestrado.

GT: Práticas Educativas em Saúde

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência é fruto de uma Intervenção Breve de Preparação para Aposentadoria, realizada a convite de uma Professora da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul - UEMS, que coordena o Projeto de Educação em Saúde desenvolvido por três alunas do curso de Enfermagem (modalidade bacharelado e licenciatura).

O projeto faz parte do estágio de licenciatura e é desenvolvido nos Bairros Jóquei Clube e Vila São Braz, com mulheres que participam do Banco Pire, uma organização não governamental, que surgiu em 2006, integrado à Rede de Bancos Comunitários do Brasil. Foi criado pelo grupo Mulheres em Movimento, entidade civil sem fins lucrativos, fundada em janeiro de 2004, com a finalidade de apoiar a Rede de Economia Solidária da cidade de Dourados, através do acompanhamento técnico e suporte financeiro aos empreendimentos solidários, bem como trabalhar pela formação cidadã dos(as) empreendedores(as). Segundo informações contidas no site do Banco “este grupo acredita e aposta na solidariedade como caminho para construir um “outro mundo”, com a perspectiva de desenvolvimento sustentável”¹.

Para falar sobre aposentadoria é preciso antes falar sobre trabalho, que tem lugar central na vida do homem e na vida em sociedade. Trabalho pode ser entendido como atuação humana no ambiente a partir de um objetivo e geralmente é percebido como referente às atividades de caráter remuneratório².

Para Dejours, Dessors, Desrioux³, trabalho não é só uma atividade ou uma forma de ganhar a vida, mas uma forma de inserção social. Não é unicamente produzir, é também, e sempre, viver junto. É um dos grandes alicerces da formação do sujeito, contribuindo para a formação da identidade e da subjetividade, já que aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados.

A palavra aposentadoria “ato ou efeito de aposentar-se” consta do dicionário Houaiss⁴, como “estar instalado em aposento, estar hospedado, albergado”. Para alguns, a ideia de aposentadoria ainda se equipara a ideia de inatividade e recolhimento e então de onde virá o reconhecimento, ingrediente fundamental para a saúde mental, já que alguns indivíduos tem o trabalho como seu principal papel social e sua única fonte de reconhecimento. No entanto, segundo França *et al.*⁵, essa definição tradicional de aposentadoria, como sendo a saída definitiva do mercado de trabalho, está sendo superada, já que ela pode abrir um leque de oportunidades. Para isso a preparação para viver essa etapa e o investimento pessoal em atividades fora do trabalho tornam-se importantes e necessários para a ressignificação de projetos de vida⁶.

Intervenções breves constituem um formato alternativo de preparação para aposentadoria que podem ser utilizadas como estratégia complementar ou isolada segundo Seidl, Leandro-França e Murta⁷. Ainda segundo os autores esta modalidade é bastante usada em unidades de saúde, com resultados expressivos. Segundo Miller e Rollnickseidl citados por Seidl, Leandro-França e Murta⁷ a intervenção breve – IB, é caracterizada como uma ação terapêutica preventiva de curta duração, aplicada no formato individual ou em grupo, com duração de aproximadamente um a três encontros.

Objetivos

Motivar a adoção de comportamentos saudáveis que favoreçam a adaptação e bem-estar a essa nova fase de vida. Entende-se por adoção de comportamentos saudáveis a atenção a aspectos ligados não somente a saúde (prática de atividades físicas, alimentação saudável, acompanhamento médico), mas ao

planejamento financeiro, rede social (convivência e relações familiares, relação com o parceiro (a), cultivo de amizades), atividades de ocupação (cultivo de práticas espirituais ou religiosas, participação em grupos da comunidade, atividades de lazer, participação em cursos, trabalho voluntário).

Método

Esta intervenção foi pautada na premissa das Metodologias Ativas – a autonomia, que diz respeito a capacidade do sujeito de se autogerenciar a autogovernar⁸. As metodologias ativas se dão em um processo do aprender em que o mediador busca conduzir uma construção crítica, que favoreça a autonomia do participante, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas.

Seguindo a literatura especializada, ao se planejar uma IB, o profissional deve atentar-se à inclusão de alguns elementos denominados pelo acrônimo em inglês FRAMES – *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy e Self-efficacy* –, que atuam como princípios ativos para a efetividade da intervenção, segundo Miller e Rollnickseidl citados por Seidl, Leandro-França e Murta⁷.

O modelo de IB com foco no planejamento da aposentadoria utilizado para a metodologia desta intervenção foi desenvolvido por França, Murta e colaboradores e apresentado por Seidl, Leandro-França e Murta⁷. Além dos elementos FRAMES, os autores adotaram como base teórica da IB o Modelo Transteórico de Mudança desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente, nos Estados Unidos, a fim de compreender como os indivíduos progridem, ao longo do tempo, rumo à adoção e à manutenção de comportamentos que podem melhorar sua condição de saúde⁹.

Este modelo abarca os seguintes estágios: Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção, e Término ou finalização, e baseia-se no princípio de que a mudança comportamental é um processo dinâmico. Além disso, ressalta a importância de considerar a avaliação da pessoa acerbados

benefícios e barreiras da adoção de um novo comportamento e a sua percepção da própria capacidade para realizar esta ação, nomeada como autoeficácia, segundo Prochaska *et al.* citado por Gunther e Borges⁹.

Para a realização desta intervenção adotou-se os seguintes elementos FRAMES e estratégias da IB:

Feedback: Avaliação prévia sobre o estado atual do indivíduo com devolução imediata dos resultados; Responsabilidade: Autonomia e compromisso do indivíduo no planejamento pessoal para aposentadoria; Aconselhamento: Orientações, fornecidas pelo facilitador, sobre metas específicas para mudança de comportamento e aquisição de recursos favoráveis à aposentadoria bem-sucedida; Menu de opções: Alternativas de recursos pessoais, psicossociais e organizacionais oferecidas pelo facilitador ao trabalhador, [...] com o objetivo de motivar o participante a experienciar maneiras de viver a aposentadoria de forma positiva; Empatia: Comportamento compreensivo e respeitoso por parte do facilitador no decorrer da IB; Autoeficácia: Autoconfiança do participante no processo de mudança, utilizando suas potencialidades e recursos em prol de uma aposentadoria promissora⁷.

Por não conhecer o grupo em que a intervenção seria aplicada e ter apenas informações prévias (tratar-se de um grupo de mulheres, autônomas, moradoras de um bairro bastante afastado do centro da cidade), utilizando as fases da IB com a aplicação dos FRAMES, os elementos apontados acima foram agrupados, com o intuito de adaptar o trabalho ao grupo em questão, em cinco etapas nomeadas: Fase 1- *Rapport*; Fase 2 – Responsabilidade; Fase 3 – *Feedback*; Fase 4 - Menu de opções/Construção do Plano de Ação; Fase 5 – Avaliação.

Fase 1- *Rapport*: Realizar a integração entre participantes e o mediador, através de uma apresentação chamada “contação de história”, em que todos devem apresentar-se contando nome, idade, estado civil, se tem filhos, se estes ainda moram na mesma casa, se trabalham, com o que trabalham, há quantos anos e com que idade esperam se aposentar.

Fase 2 – Responsabilidade: Avaliar a percepção dos participantes sobre trabalho e aposentadoria, para isto utilizou-se a técnica “Tempestade Cerebral”, proposta por Anastasiou e Alves¹⁰, utilizada como mobilização, desperta nos participantes uma rápida vinculação com o objeto a ser discutido, no caso a palavras disparadoras – trabalho e aposentadoria. O que é trazido pelo participante tem um nexos pessoal e cabe ao mediador dar espaço para que ele seja explicitado e explorado.

Fase 3 – *Feedback*: Aplicar a Escala de Mudança em Comportamentos de Planejamento para Aposentadoria a fim de avaliar em que etapa do Modelo Transteórico de Mudança os participantes estão;

Fase 4 –Menu de opções/Construção do Plano de Ação: Alternativas de recursos pessoais, psicossociais e institucionais, para motivar o participante a experienciar maneiras de viver a aposentadoria de forma positiva; construir conjuntamente um plano de ação para que os participantes tenham uma aposentadoria promissora;

Fase 5 – Avaliação: Avaliação verbal dos participantes em relação a intervenção.

Estas etapas foram desenvolvidas dentro da técnica roda de conversa, uma estratégia que tem como ponto de partida o método da roda ou método Paidéia¹¹, um espaço de construção coletiva, onde a palavra circula facilitada pela condução de um mediador, contemplando uma dimensão crítica e propositiva da realidade. Nas palavras de Cunha e Campos¹¹ o “método da roda, sintoniza-se com muitas tradições libertárias da educação e da política ao apontar que: ninguém sai da roda da mesma forma que entrou”.

Resultados e Discussão

Como costumam fazer ao chegar ao local do encontro as mulheres já se colocaram em roda, então as acadêmicas de enfermagem foram convidadas pela mediadora a participar.

Fase 1 *Rapport*: Dando início a atividade a mediadora apresentou-se e acordou o contrato de trabalho enfatizando que a participação de todas era importante para as trocas que seriam feitas naquela tarde, pediu que a fala do outro fosse respeitada e valorizada e solicitou que os celulares fossem colocados no silencioso. Quando indagadas se gostariam de sugerir mais algum item ao contrato não houve nenhuma proposição. Em seguida as participantes fizeram a “Contaçon de história”. Eram 14 mulheres, com idades entre 16 e 75 anos, destas três já estavam aposentadas, uma adolescente não estava trabalhando por estar nas últimas semanas de gestaçã, outra senhora por motivos de saúde, quatro participavam da produçã e venda de produtos da Economia Solidária e de atividades do Banco Pirê, duas trabalhavam com a produçã e venda de produtos de limpeza, além da venda de produtos de beleza em catálogos, uma das três estudantes de Enfermagem já trabalha como Técnica de Enfermagem.

Durante a contaçon falar sobre o relacionamento conjugal ou separaçã mobilizou bastante as mulheres. O grupo era bastante homogêneo neste aspecto com praticamente metade de mulheres casadas e a outra metade separada ou solteira. Percebeu-se que estar casada era apresentado as demais como um trunfo por algumas das participantes. Quanto aos filhos alguns ainda moravam com elas, dividiam terreno, deixaram o neto para ser criado ou cuidado pelos avós, apenas duas relataram que os filhos estão estudando ou formados em algum curso universitário.

Fase 2 – Responsabilidade: Como resultado da técnica “Tempestade de Ideias” com os temas disparadores trabalho e aposentadoria, foram levantadas 11 palavras, 9 voltadas ao tema trabalho – responsabilidade, rotina, sobrevivência, estresse, salário, independência, dever, obrigaçã, labuta e apenas 2 voltadas ao tema aposentadoria – renda e fruto do trabalho. Após colher todas as

contribuições, atentando-se a percepção limitada a respeito da aposentadoria por parte do grupo a mediadora esclareceu que a aposentadoria é uma fase crítica da vida, não por ser ruim, mas por ser um tempo de grandes mudanças, e que para que esse período possa ser vivido ativamente e com liberdade ele precisa ser planejado com antecedência. Quando foi perguntado quem já estava planejando sua aposentadoria as respostas vieram em forma de perguntas sobre a legislação trabalhista. A mediadora esclareceu suas limitações a respeito da legislação, ofertou um material elaborado por uma assistente social para ser trabalhado com o grupo pelas acadêmicas e orientou as mulheres a procurarem o Centro de Referência em Assistencial Social do bairro para conversar com o/a Assistente Social do serviço, pois por ter trabalhado anteriormente na Assistência Social sabia que esse tipo de orientação poderia ser realizada por esses profissionais. O mais interessante deste momento foi a troca de informações entre as mulheres, pois as senhoras que já estavam aposentadas e a coordenadora do grupo tinham algumas informações a respeito da previdência e puderam compartilhar com as demais.

Fase 3 – *Feedback*: por não ter certeza de que todas as participantes eram alfabetizadas, decidiu-se por não aplicar a Escala de Mudança de Comportamento, no lugar dela foram apresentadas duas histórias de futuros aposentados e as participantes foram convidadas a apontar qual deles tinha mais condições de ter uma aposentadoria bem-sucedida. Motivadas pela história as participantes relataram “estratégias de sobrevivência” (sic) que foram apontadas pela mediadora como comportamentos saudáveis que tem sido adotado por elas, como a produção, por uma das mulheres, de “saquinhos de feltro” para guardar minhocas, que rende 20 centavos a unidade, num montante que ao final do mês chega a 100 reais. Segundo ela, esse dinheiro lhe proporciona alguma autonomia e o tempo que passa produzindo é um tempo prazeroso em que não está ociosa. A escala foi explicada e entregue ao final do encontro para que as participantes fizessem como tarefa de casa, assim a avaliação de que estágio de mudanças as mulheres estão não foi realizada.

Fase 4 - Menu de opções/Construção do Plano de Ação: para o cumprimento desta etapa foi desenhado pela mediadora, em um papel pardo colocado no chão, no meio da sala, um Mapa de Rede, elaborado por Costa e Malaquias¹². O referido mapa é composto por um círculo, cortado por uma cruz, em cada quadrante são escritas as seguintes palavras: Família, Família extensa, Vida Comunitária, outros ambientes. Então as participantes foram convidadas a dizer o que entendiam que fazia parte de cada quadrante e apontar serviços e instituições que estão presentes no bairro e que elas participam ou podem participar a fim de ampliar e fortalecer sua rede de relacionamentos, mais uma adoção de comportamento saudável. Neste momento a coordenadora do grupo incentivou as participantes a convidar mais mulheres a participar dos encontros e uma das participantes que tinha vindo pela primeira vez disse que havia gostado muito e certamente voltaria.

Fase 5 – Avaliação: Todas as participantes avaliaram positivamente a intervenção, dizendo que a tarde havia sido alegre, proveitosa, que haviam ensinado e aprendido. Uma delas disse que nunca havia pensado a aposentadoria como um tempo em que ela e o esposo estariam juntos o dia todo em casa e que por isso já tinha assunto para o jantar. Outra disse que por estar com 40 anos não achava necessário pensar em sua aposentadoria, mas que havia entendido a necessidade de começar a fazer seu planejamento.

Conclusão

Foi desafiador e enriquecedor fazer um planejamento e ter de adequá-lo durante a execução da intervenção. Estar com essas mulheres foi uma oportunidade ímpar de colocar em prática, enquanto Psicóloga e discente do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, o que foi aprendido durante o curso de Educação para Aposentadoria, ofertado pelo Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília, realizado em 2014, o que tem sido aprendido durante a elaboração do projeto de pesquisa “Elaboração de um Programa de Preparação para Aposentadoria para os servidores de uma Universidade Pública”, mas acima de tudo o que se aprende durante as aulas do mestrado. Utilizou-se estratégias

apresentadas na disciplina de Práticas didático-pedagógicas em Saúde, além de buscar estar e falar com as pessoas e não para as pessoas, seguindo o que foi aprendido durante a Disciplina de Educação em Saúde, valorizando sempre o conhecimento do outro. Certamente esta experiência ficará marcada na trajetória que se pretende trilhar na Preparação para Aposentadoria. Uma semente foi plantada, espera-se que ela floresça e dê frutos, pois como diz um provérbio africano que é a premissa da Economia Solidária “Muita gente pequena, em muitos lugares pequenos, fazendo coisas pequenas mudarão a face da terra”¹.

Referências

1. Banco Pire [Internet]. Dourados; 2012-2015. [atualizado 2015; citado 2015 ago. 24]. Disponível em: <http://www.bancopire.org/>.
2. Zanelli JC, Silva N, Soares DHP. Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho: construção de projetos para o pós-carreira. Porta Alegre: Artmed, 2010, 143 p.
3. Dejours C, Dessors D, Desriaux F. Por um trabalho fator de equilíbrio. Trad. de Maria Irene S. Betiol. Rev Adm Emp. 1993;33, (3): 98-104.
4. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Babosa; p. 258.
5. França LHFP, *et al.* A percepção dos gestores brasileiros sobre os programas de preparação para aposentadoria. Est interdisc env. 2014;19,(3): 879-98.
6. Both TL, Carlos SA. Jubilamento: o interdito de uma vida de trabalho e suas repercussões na velhice. Rev Bras Ciênc Env Hum. 2005;30-42.
7. Seidl J, Leandro-França, Murta SG. Formatos de Programas de Educação para Aposentadoria. In: Murta et al. Educação para Aposentadoria: Promoção de Saúde e Desenvolvimento na Administração Pública Federal. Brasília: Cead-Fub, 2014. p. 69-94.

8. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Colet.* 2008; 13(2):2133-44.
9. Gunther IA, Borges MB. Modelos Teóricos que Fundamentam os Programas de Educação para Aposentadoria. In: Murta et al. *Educação para Aposentadoria: Promoção de Saúde e Desenvolvimento na Administração Pública Federal.* Brasília: Cead-Fub, 2014. p. 29-42.
10. Anastasiou LGC, Alves LP, organizadoras. *Processos de Ensino na Universidade. Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.* 5ª ed. Joinville, SC: Editora Univille; 2005, p. 68-99.
11. Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org e Demo.* 2010;11(1):31-46.
12. Costa FC, Malaquias JV. Rede Social e Aposentadoria. In: Murta et al. *Educação para Aposentadoria: Promoção de Saúde e Desenvolvimento na Administração Pública Federal.* Brasília: Cead-Fub, 2014. P. 165-75.

5. ACOLHIMENTO DE PAIS NA UTI NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leidimara Cristina Zanfolim¹
Ednéia Albino Nunes Cerchiari²

¹Estudante do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: leidizanfolim@gmail.com.

² Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: ecerchiari@uem.br

RESUMO

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTI-N) se caracterizam por ser um local com alto nível de tecnologia. Conta com equipe especializada, funcionando 24 horas. Nelas são admitidos recém-nascidos (RN) com diversas patologias. Os cuidados com o bebê são realizados pela equipe médica e de enfermagem e os pais podem apenas estar com o bebê em períodos curtos e fixos, como visitantes. Para eles o ambiente de UTI- N é visto como estranho e assustador tendo ainda, que adaptarem-se as normas, rotinas e limitações que esse setor impõe. Esses fatores devem ser considerados, para que práticas que propiciem a diminuição da ansiedade e estímulo ao vínculo entre os pais e seus bebês, sejam realizadas. Assim, entendendo toda complexidade do ambiente hospitalar e das Unidades Intensivas, essa ação se propôs a acolher e orientar esses pais, com uma proposta de humanização no atendimento. **Objetivo:** Relatar a experiência de acolhimento dos pais dos bebês na UTI- N do Hospital Universitário da cidade de Dourados. **Metodologia:** Trata-se do relato de uma prática de acolhimento realizada com pais de bebês internados na UTI-N do Hospital Universitário no município de Dourados. Essa prática ocorre de segunda a sexta após as visitas das 12h00min e/ou das 15h00min, sendo em grupo ou individual, de acordo com o número de bebês que dão entrada no hospital. No acolhimento os pais são incentivados a falar sobre seus sentimentos, dúvidas e

questionamentos diversos, por meio do diálogo. Após esse momento de escuta, são realizados encaminhamentos, se necessário, e transmitida orientações a respeito da rotina da UTI-N, acompanhado da entrega de um folder com orientações importantes. **Resultados:** De janeiro de 2013 a março de 2015 foram internados 883 bebês, no acolhimento observou-se maior esclarecimento dos pais sobre o ambiente hospitalar e internação do bebê; notou-se diminuição da ansiedade; aumentou a aproximação com a equipe e a confiança na mesma; possibilitou ainda subsidiar a construção de grupos terapêuticos e de orientação, realizados no setor.

GT: Práticas Educativas em Saúde.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais marcantes do ciclo de vida de um indivíduo, esse evento interfere na dinâmica de toda a família e é acompanhado de uma gama de emoções, principalmente por parte dos pais, imprimindo até mesmo mudanças na personalidade dos mesmos¹.

Quando acontece do recém-nascido necessitar de internação em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI-N), devido a alterações orgânicas, exige-se dos pais um reposicionamento subjetivo para vivenciar esse momento, devido ao sentimento de perda do bebê saudável, idealizado e imaginado e a necessidade de estabelecer uma ligação afetiva com o bebê real, muitas vezes pequeno, inchado, cheio de fios, aparelhos, dentre outros².

Estranham o paciente, estranham também o ambiente, o qual se caracteriza por um alto nível de tecnologia, equipamentos modernos, como incubadora, respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, entre outros. A equipe é especializada, o local funciona 24 horas, as quais são marcadas pelas urgências e precisões das ações. Essas unidades são frequentemente ruidosas, com barulhos de alarmes, permanência de luzes acesas, monitores e

respiradores ligados. A linguagem utilizada pelos profissionais é técnica³.

Neste cenário os pais permanecem longe dos cuidados de seus filhos, sendo esses realizados pela equipe médica e de enfermagem, podendo apenas estar com o bebê em períodos curtos e fixos, como visitantes. Para eles o ambiente de UTI-N é visto como estranho, a maioria não entende a complexidade dos aparelhos e dos procedimentos, considerando o ambiente assustador.

Estudos revelam que os pais veem a UTI Neonatal como ambígua, pois ao mesmo tempo em que é um espaço de esperança, preparada para atender as necessidades críticas do paciente em busca da saúde e manutenção da vida é também um espaço de medo, pois nele se encontram pacientes em estado grave e com iminência de morte⁴.

Apesar de o ambiente hospitalar e de UTI serem desconhecidos para a maioria da população, a família necessita se adaptar as normas, rotinas e limitações que este setor impõe. A instituição e equipe devem considerar estes fatores e procurar tornar esse momento e ambiente o mais humanizado possível, centrando o cuidado não só no bebê, mas também na família, estabelecendo práticas que propiciem a diminuição da ansiedade e que favoreçam e estimulem o vínculo entre estes e seus bebês.

Assim, reconhece-se a importância de um espaço, promovido pelos profissionais, que proporcione o acolhimento, a escuta, favorecendo a diminuição da ansiedade e facilitando a construção de uma rede de apoio entre as famílias e a equipe de saúde, além de oferecer ações educativas, atendendo aos princípios da integralidade e humanização na saúde^{3,5}.

O acolhimento de que se trata este relato, segue a ideologia proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), que o conceitua como ato de acolher, aproximar-se, aceitar, estar com, dar ouvidos. O acolhimento requer uma postura ética e reconhecimento do usuário como protagonista do processo de saúde. Acolher não requer local específico e nem se restringe a uma

determinada técnica, destinada a um determinado setor ou a um profissional específico, mas sim faz parte de todo o processo de saúde e doença, com foco no usuário⁶.

A este respeito Nascimento, Tesser e Neto⁷ referem-se ao acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços de saúde, que visa à universalidade, a resolubilidade, a descentralização, do médico a toda a equipe de saúde, e a humanização, por meio da escuta do usuário, na busca de soluções para suas demandas, adequando os serviços às necessidades dos mesmos, respeitando seu ambiente, sua cultura e sua individualidade. Portanto, o acolhimento é tratado como um vínculo entre o usuário e o serviço de saúde.

Várias são as ações estruturadas que podem ser realizadas na atenção a saúde. Em se tratando do acolhimento realizado com familiares, cujo ente querido encontra-se hospitalizado em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tanto Adulta, Pediátrica ou Neonatal, Oliveira L. et al.⁸ diz que

Não obstante, o acolhimento aos usuários da instituição, incluindo a família dos pacientes, é parte indispensável do processo de humanização da assistência e requer dos profissionais de saúde disponibilidade para identificar e atender suas necessidades.

Portanto, recomenda-se o trabalho com as famílias, na medida em que humaniza e acolhe, superando as ações tradicionais centradas no paciente e em sua doença⁸.

Deste modo, o acolhimento de pais de bebês de UTI-N, leva em conta a integralidade do atendimento ao recém-nascido, possibilitando aos mesmos expressarem seus sentimentos, tirar suas dúvidas e receber orientações a respeito desse ambiente desconhecido que fará parte de suas rotinas enquanto durar a internação do bebê.

OBJETIVO

Relatar a experiência de acolhimento realizada com os pais de bebês internados na UTI-N do Hospital Universitário da cidade de Dourados.

MÉTODO

Trata-se do relato de uma prática de acolhimento em um Hospital Escola do Município de Dourados no Estado de Mato Grosso do Sul.

A estratégia de acolhimento segue a ideologia da Política Nacional de Humanização (PNH) e é realizado com os pais dos bebês que dão entrada para internação na UTI Neonatal do Hospital Universitário (HU) de Dourados.

O HU Dourados é referência de qualidade na assistência à saúde em média complexidade, atende toda macrorregião com uma cobertura 100% SUS. Em se tratando da linha materno-perinatal o Hospital Universitário conta com Pronto Atendimento da Ginecologia e Obstetrícia, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal, sendo referência para gestantes de alto risco de Dourados e 34 municípios da região.

Nos setores da UTI-N encontram-se bebês hospitalizados, com predomínio de prematuros. Os pais não permanecem com seus filhos, estando com os mesmos apenas nos horários de visitas, que ocorre três vezes por dia, ao final da manhã, à tarde e a noite. Grande parte dos pais é de municípios da região. As mães, se desejarem têm direito a ficarem alojadas no hospital, onde podem dormir, passar os dias e fazer suas refeições. Os pais apenas entram no hospital para os horários de visitas.

A prática do acolhimento teve início no ano de 2013 pelo serviço de psicologia da UTI-N do HU de Dourados, e permanece ocorrendo. De acordo com levantamento em prontuário, de Janeiro de 2013 a Março de 2015, foram internados 883 bebês. Como o serviço de psicologia funciona de segunda a sexta, nesses dias

(diariamente) realiza-se o acolhimento dos pais dos bebês que foram internados no setor, a abordagem dos mesmos se dá após as visitas das 12h00min e/ou das 15h00min, com o convite para uma conversa sobre a hospitalização do bebê, concordando, os pais são encaminhados para um local improvisado dentro do hospital. Dependendo da quantidade de pais dos novos bebês internados, o acolhimento pode ser em grupo, em dupla ou individual. Nesse espaço eles são incentivados a falar sobre seus sentimentos, dúvidas e questionamentos diversos, por meio do diálogo. Após esse momento de escuta, são realizados encaminhamentos, se necessário, e feito o convite para que participem de grupos terapêuticos e de orientação destinado a eles. Em seguida são transmitidas orientações a respeito da rotina da UTI-N, como horários de visitas e do boletim médico, alguns aparelhos que o bebê está utilizando, direito das mães ao alojamento do hospital, procedimentos de higiene dentro do setor para evitar infecção hospitalar, dentro outros, respeitando a curiosidade dos pais e o estado emocional dos mesmos. Estas orientações são acompanhadas da entrega de um folder, confeccionado pela equipe do setor, o qual contém informações importantes aos pais, com uma linguagem acessível aos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a realização da prática de acolhimento, um dos resultados mais evidente foi à diminuição da ansiedade dos pais, visto que quando ocorre o nascimento de um bebê de risco os pais sentem-se como se tivessem “perdendo o chão”. Muitas emoções decorrem desse momento, tais como medo, ansiedade, tristeza, dentre outros, influenciadas pela personalidade dos pais, estrutura familiar e também pelos conceitos prévios e fantasias a respeito do ambiente hospitalar e principalmente de uma UTI⁹. Nos acolhimentos realizados, o tema UTI é bastante abordado, dentre as falas desses sujeitos, percebe-se sentimentos ambíguos a respeito desse setor, que vai de um local de esperança, que pode salvar seu bebê, a um local de medo, até mesmo pavor, no qual o paciente aguarda a morte. Este pensamento corrobora com os estudos de

Costa, Arantes e Brito⁴ e também de Carvalho et al.¹⁰ que ao abordarem os pais de bebês internados constataram tais ambiguidades em relação a UTI-N.

O ambiente de Unidades Intensivas e toda sua linguagem é comum para o profissional de saúde do setor, mas estranho e assustador aos pais, desencadeando uma série de sentimentos¹⁰. Através do acolhimento, podendo sanar dúvidas dos pais sobre a internação, orientar sobre o hospital, a UTI-N e a nova rotina que necessitam ter, pôde-se notar o maior esclarecimento dos mesmos a respeito do hospital e da internação do bebê, tornando o ambiente menos estranho e com isso menos assustador, facilitando também a organização da família durante o período de internação.

Mesmo o acolhimento sendo realizado pelo serviço de psicologia, que fornece informações em nome da equipe, evidencia-se que o contato com um membro do setor favorece a aproximação com os demais e a confiança nos mesmos, na medida em que a autonomia dos acompanhantes é estimulada. Assim, constatou-se que as práticas de humanização no atendimento, como o acolhimento com ações educativas, transformam um ambiente frio e técnico, como uma Unidade de Tratamento Intensivo em um lugar mais humano, favorecendo a adaptação e reorganização emocional dos pais¹¹.

Nesse momento os pais necessitam da ajuda da equipe para compreender esse período e estabelecer uma ligação afetiva com o seu bebê, que não acontece de forma instantânea, mas sim contínua⁵. Desta forma, com o maior esclarecimento e diminuição do nível de ansiedade, é notório a maior tranquilidade dos pais durante as visitas, favorecendo o “estar com” o bebê.

O acolhimento de pais é uma prática inicial do setor de Neonatologia do HU de Dourados, que visa facilitar a aproximação emocional entre os pais e seus bebês. Essa prática possibilitou subsidiar a construção de grupos terapêuticos e de orientação, que é também realizada no setor, dando continuidade a ações de humanização, por meio do apoio emocional e intervenções educativas.

Assim, segundo Bragheto e Jacob¹² o acolhimento é favorável aos pais frente aos temores da hospitalização e para a manutenção das funções maternas e paternas, pois propicia o desenvolvimento de recursos de enfrentamento na vivência da hospitalização de um ente querido.

CONCLUSÃO

A vivência da hospitalização de um filho em UTI Neonatal é um momento de grande sofrimento para os pais, que se veem “obrigados” a frequentar o hospital. Eles necessitam desenvolver mecanismos de adaptação para enfrentar esse novo momento de suas vidas, momento este carregado de emoções e fantasias a respeito do hospital e do bebê real, que difere o bebê saudável e perfeito do seu imaginário.

Entendendo esse período delicado da vida dos pais, a importância dos mesmos nesse processo, a complexidade dos setores de UTI-N, pensando na atenção integral ao recém-nascido, foi proposta a ação de acolhimento, a qual é considerada importante e significativa, na medida em que proporciona benefício aos pais, contribuindo em sua saúde mental e na relação com o bebê hospitalizado. No entanto, a ressignificação da vivência desse momento, a aproximação e familiarização com a equipe e setor, não se dá apenas com uma ação isolada, visto que é um processo e necessita do envolvimento de toda equipe.

Assim, pretende-se com esse relato de experiência, dar visibilidade a esta população (bebês e seus pais) que vivencia tanto sofrimento. Levando a reflexão sobre a importância do cuidado com a família, fortalecendo a rede de apoio do paciente, através de um trabalho humanizado e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Zavaschi ML, Costa F, Brunstein C, Bergmann DS. O bebê e os pais. In: Eizirik CL, Bassols AM, organizadoras. O ciclo da vida humana. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 77-94.
2. Donelli T M. Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. **Rev Interinst Psic.** 2011;2(4):228-41.
3. Hopwood R. The role of the neonatal nurse in promoting parental attachment in the NICU. Online Infant [Internet]. 2010 [citado 2015 Ago 24];6(2):54-8. Disponível em: http://www.infantgrapevine.co.uk/journal_article.html?RecordNumber=6035.
4. Bragheto AC, Jacob AV. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência. *Ver Sal e Transf Soc.* 2011;1(3):174-8.
4. Costa MC, Arantes MQ, Brito MD. A UTI neonatal sob a ótica das mães. Online Rev Eletro Enferm [Internet]. 2010 [citado 2015 Ago 25];12(4). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf.
5. Duart ED, Dittz ES, Silva BC, Rocha LL. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. Online Rev Rene [Internet]. 2013 [citado 2015 Ago 23];14(3). Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1397>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde, Secretaria de atenção à saúde, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília; 2010.
7. Nascimento PT, Tesser CD, Neto PP. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *Arqui Catarin Medic.* 2008;37(4): 32-4.
8. Oliveira LM, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira KM, Oliveira PM, Munari DB. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia

- Intensiva. Online Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado 2015 Ago 23]; 44(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>.
9. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DA. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. Online Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [citado 2015 Ago 25];17(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>.
10. Carvalho JB, Araújo AC, Costa IC, Brito RS, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. Online Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [citado 2015 Ago 25];62(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500014>.
11. Rosa J, Faccin C, Dalegrave D, Argenta C, Franciscatto LH. Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. Rev Enferm. 2012;8(8):154-65. 2012.
12. Bragheto AC, Jacob AV. Suporte psicológico às mães de prematuros em uma UTI Neonatal: relato de experiência. Ver Sal e Transf Soc. 2011;1(3):174-8.

6. EDUCAÇÃO CONTINUADA E SUA IMPORTÂNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE ÀS REAÇÕES DE QUIMIOTERÁPICOS ENDOVENOSOS

Ângelo Rodolfo Santiago¹

Ronaldo José da Silva²

Antônio Sales³

Rogério Dias Renovato⁴

¹ Estudante do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: santiangelo@hotmail.com - Relator.

² Estudante do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: ronaldoenf@yahoo.com.br Co-autor.

³ Professor do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: profsales2@gmail.com – Co-autor.

⁴ Professor do Curso de Enfermagem da UEMS e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados; E-mail: rrenovato@uol.com.br.

RESUMO

As reações adversas causadas por quimioterápicos endovenosos podem ocorrer de forma imediata ou tardia. Os pacientes submetidos a essa modalidade de tratamento devem ser cuidados e orientados pela equipe de enfermagem, para que seu tratamento não seja interrompido e tão rápido venha restabelecer a saúde e voltar as suas atividades normais. Portanto os profissionais devem estar preparados e qualificados para executar cuidados e orientações de enfermagem visando uma assistência de qualidade para esses pacientes. Esse trabalho tem por objetivo realizar ensaio teórico e reflexivo sobre a educação continuada em saúde e suas contribuições para assistência de enfermagem frente às reações adversas no tratamento quimioterápico endovenoso de paciente oncológico. Para este estudo utilizaremos a abordagem

metodológica de ensaio teórico e reflexivo que consistente em uma exposição lógico-reflexiva com ênfase na argumentação e interpretação pessoal. A educação continuada baseia-se em propostas de desenvolvimento profissional, partindo das características e das necessidades do processo de trabalho concreto dos serviços de saúde. É esperado que ela possa contribuir para a importância do trabalho dos profissionais da enfermagem no seu papel de educador e também somatizar para a ampliação do conhecimento para que possam desenvolver uma assistência de qualidade para os pacientes oncológicos.

Palavras-Chaves: Enfermagem oncológica; Educação Continuada em Enfermagem, Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamento.

GT: Práticas Educativas em Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado a segunda causa de mortalidade em nosso país, superada apenas pelas doenças cardiovasculares, estando entre as principais causas de morbidade e mortalidade ao redor do mundo, com variações em sua incidência. Evidências apontam que nos países em desenvolvimento o câncer também venha a se tornar uma emergência epidemiológica, considerando que mais da metade dos 10 milhões de novos casos anuais estão nos países menos desenvolvidos¹.

Os tratamentos com medicamentos antineoplásicos ou quimioterápicos são uma das terapias de eleição para os cânceres do sistema hematopoiético e tumores sólidos de qualquer órgão do corpo que apresentam metástases (formação de uma nova lesão

tumoral) regionais ou à distância, sendo a via endovenosa a mais empregada².

O tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade aos clientes. Na Sistematização da Assistência, o enfermeiro testemunha todo esse momento causador de ansiedade e tristeza vivido pelo cliente e sua família. A quimioterapia potencializa as chances dos pacientes prolongarem o tempo de vida, no entanto, seus efeitos adversos são responsáveis por transformações que resultam em alterações físicas e psicológicas, o que acarreta em prejuízos na qualidade de vida³.

Essas mudanças requerem atenção e suporte maior por parte da equipe de enfermagem e de outros profissionais, pois nesse processo terapêutico podem ocorrer perdas de autonomia no cotidiano e alterações nos hábitos de vida, sendo necessário criar novas maneiras de viver e adaptar-se à realidade apresentada; uma vez que esse paciente passa a depender de medicações e a conviver com os efeitos adversos da terapêutica⁴.

De acordo com Kawano, Pereira, Ueta e Freitas⁵, a utilização de medicamentos é uma antiga forma de tratar as doenças entre os vários recursos terapêuticos que a ciência desenvolveu para a saúde humana. Para tanto, é preciso compreender alguns fatores que determinam a dicotomia entre o efeito benéfico e maléfico desta prática, As Reações Adversas a Medicamentos (RAM) são um dos principais fatores associados a morbimortalidade além de estar diretamente associadas ao aumento dos custos nos serviços de saúde.

As RAM são definidas como sendo qualquer evento nocivo e não intencional que ocorreu na vigência do uso de medicamento, em doses normalmente usadas em humanos com finalidades terapêutica, profilática ou diagnóstica⁵.

As reações adversas da quimioterapia são bastante temidas pelos doentes, familiares e até mesmo por profissionais de saúde, em decorrência do desafio em prevenir ou atenuar seus desconfortos. Os quimioterápicos não possuem ação específica contra as células neoplásicas de forma que as células normais são

conjuntamente afetadas durante o tratamento. Como os tecidos de rápida proliferação são os mais sensíveis à ação das drogas, as mucosas, o tecido germinativo capilar e a medula óssea podem ser drasticamente afetados⁶.

As reações adversas mais comuns do tratamento quimioterápico são: náuseas e vômitos, mucosite, alopecia, mielotoxicidade, leucopenia, trombocitopenia, estomatite, esofagite, diarreias severas, úlceras gastrintestinais, sangramento; dor precordial, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, isquemia, insuficiência cardíaca, fraqueza muscular por neuropatia periférica, afasia e coma. Podem ocorrer também eritema e descamação em mãos e pés, rash cutâneo, dermatite de contato; fibrose pulmonar; hipo e hipercalemia, alopecia, tromboflebite⁷.

A assistência de enfermagem às reações adversas aos quimioterápicos endovenosos requer ações de formação continuada da equipe envolvida nesse processo de cuidar. De acordo com Braga e Melleiro⁸ o processo de qualificação profissional tem como um de seus principais objetivos a atualização e o aprimoramento, em razão das constantes mudanças nos campos científico e tecnológico, visando ao atendimento das necessidades que os profissionais apresentam em seus processos de trabalho.

A Organização Mundial da Saúde entende a educação continuada como parte do desenvolvimento do profissional e/ou trabalhador em saúde de maneira sistemática, com o intuito de melhorar o funcionamento do serviço através do desempenho de seu pessoal¹. Com isso, as práticas educativas em saúde (PES) na forma de educação continuada e, referentes ao tema reações adversas a quimioterápicos endovenosos podem promover maior qualidade da assistência de enfermagem, visto que os pacientes submetidos a esse tratamento apresentam maiores índices de mortalidade, morbidade e alterações na adesão e no progresso do tratamento⁹.

A equipe de enfermagem possui grandes dificuldades em assistir aos pacientes oncológicos durante as reações adversas causadas por quimioterápicos endovenosos. Portanto, o trabalho

justifica-se por ser de grande relevância para o crescimento profissional da enfermagem, contribuindo para disseminar e fortalecer a relevância da educação continuada¹⁰.

OBJETIVOS

Realizar ensaio teórico e reflexivo sobre a educação continuada em saúde e suas contribuições para assistência de enfermagem frente às reações adversas no tratamento quimioterápico endovenoso de paciente oncológico.

MÉTODOLOGIA

Para este estudo utilizaremos a abordagem metodológica de ensaio teórico e reflexivo, consistente em uma exposição lógico-reflexiva com ênfase na argumentação e interpretação pessoal, para expor ideias científicas ou filosóficas¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas instituições hospitalares, a enfermagem desempenha importante papel na preparação da infraestrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventivas, visando ao autocuidado, facilitando a reintegração social do paciente. No Brasil, a equipe de enfermagem representa o percentual mais significativo de pessoal, chegando a atingir, em alguns casos, cerca de 60% nas instituições hospitalares¹², o que corrobora o exercício da Educação Continuada em Saúde.

Na perspectiva ampliada de Práticas Educativas em Saúde proposta por Bagnato, Missio, Renovato e Bassinello¹³, a Educação Continuada em Saúde foi considerada como uma dessas práticas, sendo caracterizada pela reciprocidade dialógica, em que estão envolvidas outras maneiras de olhar e compreender os diversos significados da vida e da saúde.

Para os autores acima, as PES, e nesse caso, a Educação

Continuada em Saúde, ocorre na relação de encontro com o outro, de se depararem e se olharem, estabelecendo uma relação de reciprocidade, entre sujeitos históricos, culturais, com diferentes maneiras de ser e estar no mundo. Estes sujeitos também podem ser educadores e sujeitos educativos, e assim, nesses encontros trocar experiências, produzindo outros sentidos e significados deslocando ou reafirmando verdades.

De acordo com Murback¹⁴ a perspectiva de educação continuada mais contemporânea é o desenvolvimento profissional abrangendo reflexão, apropriação pelo sujeito de conteúdo, de práticas, ressignificação e treinamento em algumas dimensões.

O desenvolvimento profissional representa diferentes momentos da carreira, como as diferentes necessidades apresentadas pelos sujeitos, os problemas, as expectativas, os desafios e dilemas para a construção do conhecimento profissional. Um conhecimento sempre dinâmico que se desenvolve ao longo da atividade profissional¹⁵.

Para Murback¹⁴, a educação continuada não é apenas transmissão de conhecimentos científicos, mas também uma transmissão de atitudes em relação à utilização desses conhecimentos. Portanto entender educação continuada apenas como uma transmissão de saberes pode consistir em uma visão simplista e rasa, já que a formação continuada requer reflexão, ações e transformações.

De acordo com Batista¹⁶, a educação continuada baseia-se em propostas de desenvolvimento, partindo das características e das necessidades do processo de trabalho concreto dos serviços de saúde. Portanto, a lógica que orienta a mudança no campo da educação mostra duas tendências inversas: a primeira aponta um caminho planejado centralmente e apoiado em processos racionais, nesse caso, espera-se que a educação atualize e melhore a competência técnica, articulando-se com a carreira individual de cada profissional.

Por outro lado, a segunda tendência propõe mudanças, transformações, ou seja, que os processos de educação continuada

dos profissionais da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que objetivem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde e promoção da saúde das pessoas para que a atenção prestada seja relevante e de qualidade¹⁷.

A educação continuada está vinculada aos programas de organização de aprendizagem em serviço contribuindo para melhoria da assistência, a fim de que exerçam funções com eficiência nos locais de trabalho, com isso, melhorando a competência profissional, assim como o nível de satisfação pessoal. Sendo assim, o enfermeiro e sua equipe necessitam manter processo de aprendizagem contínuo, engajando-se em programas de educação continuada, da instituição na qual trabalham, apoio para a vida profissional na área específica de atuação¹⁸.

De acordo com Mancia, Cabral e Koerich¹⁷, a proposta pedagógica a ser utilizada na continuidade da formação em saúde necessitará considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida. A autora citada acima reforça que o intuito principal é formação que valorize não apenas a dimensão técnica, mas o social, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento de demandas da comunidade.

Com os movimentos sociais dos anos 1970 aos anos 1980 deu-se então início as reflexões e revisões nos currículos de enfermagem, havendo assim uma nova reforma curricular em 1994 e depois em 2001, tendo como objetivo formar profissionais mais qualificados para a sociedade e também capacitar os formados para melhor prestação de assistência para pacientes e comunidade em geral, nas prerrogativas do Sistema Único de Saúde.

Diversas são as expectativas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão e transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde, possuindo ainda muitas críticas bidirecionais

entre serviço e ensino. Neste sentido, é preciso ampliar os espaços de diálogo e sensibilização de todos os atores envolvidos neste contexto para sua corresponsabilização no que diz respeito à formação de novos profissionais e à prestação de cuidados em saúde¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, a educação deve ser encarada como acontecimento social e universal, ou seja, uma atividade humana necessária para que ocorra o desenvolvimento da sociedade como um todo, onde a função da educação é formar indivíduos cada vez mais capacitados para o trabalho, contribuindo de forma ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. As capacitações em serviço configuraram-se como espaço de diálogo fundamental ao possibilitar a construção do conhecimento, por meio da reflexão das experiências práticas dos agentes promovem cuidados nas instituições de saúde, indivíduos que trazem consigo suas histórias e experiências.

É esperado que a educação continuada possa contribuir para a importância do trabalho dos profissionais da enfermagem no seu papel de educador e também somatizar para a ampliação do conhecimento para que possam desenvolver uma assistência de qualidade para os pacientes oncológicos, porque eis aqui o potencial para o profissional que possui essa habilidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Systems of continuing education: priority to district health personnel. Technical Report Series 803, Who, Geneva, 2012.
2. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2005, 538 p.
3. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de Enfermagem junto ao cliente com câncer submetido a terapêutica antineoplásica. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000100012&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 21 de agosto de 2015.
4. Stumm EMF, Leite MT, Maschio G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. Cogitare Enfermagem, v.13. n.1, p.75-82, jan/mar 2008. 13
5. Kawano DF, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas. O. Acidentes com medicamentos: como minimizá-los? Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, 2006.
6. Lottin RCB, Barra AA, Dias RC, Markluf ASD. Impacto do câncer de mama na qualidade de vida. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.
7. Ame. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem. 9ed. São Paulo: Epub, 2013, 460 p.
8. Braga ATO, Melleiro MM. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um Hospital Universitário Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.spe2 São Paulo Dec. 2009.
9. Berteretche MV, Dalix AM, D'ornano AM, Bellisle F, Khayat D, Faurion A et al. Decreased taste sensitivity in cancer patients under chemotherapy. Supportive Care in Cancer. v. 12, n. 8, p. 571-576, 2004.
10. Barbosa LG, Telles Filho PCP. Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia Cienc Cuid Saude 2008 Jul/Set; 7(3):370-375.

11. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
12. Luz S. Educação Continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. *O mundo da Saúde* 2000; 24(5): 343-51.
13. Bagnato MHS, Missio L, Renovato RD, Bassinello GAH. Práticas educativas em saúde: da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 651-656, jul/Set. 2009.
14. Murback SESL. Educação continuada em saúde coletiva: desafios e possibilidades. [dissertação]. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
15. Nono MA, Mizukami MGN. Processos de formação de professoras iniciantes. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Brasília, v.87, n.217, p.382-400, set/dez. 2006.
16. Batista CBK. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
17. Mancia JR, Cabral CL, Koerich SM. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.
18. Girade MG, Cruz EMN, Stefanelli MF. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006.

7. MUDANÇAS DAS PRÁTICAS DE ATUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR DIANTE DA POLITICA NACIONAL HUMANIZAÇÃO (PNH)

Luciana Aparecida Carvalho Barbosa¹; Franciele Nunes de Oliveira²; Marjorie Ester Dias Maciel³; Diolen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho⁴; Joshiley Coelho Guindo de Aquino⁵

¹Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS; Email: luci_enfermagem@hotmail.com. Relatora.

²Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS; Email: franciele_enf@hotmail.com. Relatora.

³Aluno do curso de Doutorado em Enfermagem/EE-USP; E-mail: marjorieester@yahoo.com.br.

⁴Aluna do curso de Mestrado em Biologia Geral/Bioprospecção FCBA/UFGD; E-mail: diaquinocoelho@gmail.com.

⁵Aluno do curso de especialização em Metodologias para Ensino Superior a Distância/ANHANGUERA. E-mail: joshileycoelho@gmail.com..

RESUMO

Introdução: Inúmeros problemas são verificados na atenção a saúde das instituições e estes prosseguem sem solução, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, é um processo amplo, que solidifica um novo modelo de assistência embora, demorado e complexo, e que apresenta resistências. Para a redefinição da humanização faz-se necessário qualificar o atendimento, promover a satisfação do usuário, além de sensibilizar o profissional de saúde para que reconheça o usuário como um sujeito e não como um simples objeto de sua atenção. **Objetivo:** Verificar as mudanças nas práticas do desenvolvimento da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com busca em sites que contém artigos científicos sobre o tema como SCIELO, Google acadêmico, LILACS, PEPsic, compreendidos no período de publicação entre 2008 a 2015. **Discussão:** Os serviços de saúde principalmente o hospitalar presta assistência a pacientes e seus

familiares 24 horas por dia com cuidados gerais, orientações etc. Práticas humanistas resultam em uma assistência com qualidade e para que ocorra com sucesso é importante que a equipe de enfermagem esteja envolvida fazendo parte desse contexto, recebendo capacitações para a sensibilização e o despertar de um olhar mais humano. **Considerações Finais:** A enfermagem assiste o paciente de forma contínua e com uma grande proximidade, para que esse cuidado seja melhor, fazem-se necessárias mudanças nas práticas assistenciais traçando o modelo da (PNH) que traz o profissional pra mais perto do paciente correspondendo as suas necessidades de forma eficaz.

Descritores: humanização, assistência hospitalar, enfermagem.

GT: 1 Práticas educativa em saúde.

8. PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DE MARIA HELENA SALGADO BAGNATO

Fausi Padilha Gonçalves¹

Silvia Regina Souza de Azevedo²

Rogério Dias Renovato³

¹Farmacêutico Mestrando do Curso Mestrado Profissional Ensino em Saúde, UEMS-Dourados-MS, email: fausipadilha@hotmail.com

²Enfermeira Mestranda do Curso Mestrado Profissional Ensino em Saúde, UEMS-Dourados-MS, email: sil_azeves@yahoo.com.br

³Prof. Dr. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, UEMS-Dourados-MS, email: rrenovato@uol.com.br

RESUMO

Introdução: A educação em saúde se desenvolveu buscando estabelecer maneiras de prevenir doenças, portanto, são imprescindíveis práticas educativas em saúde que se caracterizaram em tecer orientações, ou melhor, prescrições em como prevenir doenças. **Objetivos:** O presente artigo busca-se relatar as contribuições de Bagnato em relação às Práticas Educativas em Saúde, através de ensaio teórico e reflexivo. **Metodologia:** Revisão bibliográfica de alguns escritos de Bagnato sobre seus pressupostos e, por conseguinte contribuições nas Práticas Educativas em Saúde. **Resultado:** O ser humano é um sujeito que se constitui nas relações consigo mesmo, nas relações com outros sujeitos, destaca ainda que nestas relações de encontro com o outro, ao se depararem e se olharem constrói-se uma relação de reciprocidade, não desconsiderando que esses sujeitos são seres históricos, culturais, com diferentes maneiras de ser e estar no mundo. **Considerações Finais:** Bagnato se propõe a olhar as práticas educativas em saúde, não apenas como reguladoras, mas dotadas de reciprocidade e criadora de espaços de intersubjetividade, não ignorando as relações de poder, mas levando em conta as possibilidades de interdição e rupturas, que podem se concretizar nos encontros entre sujeitos.

Palavras – chave: Ensino, Educação em Saúde, Práticas Educativas em Saúde.

GT: Práticas Educativas em Saúde

INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, a educação em saúde se desenvolveu buscando estabelecer maneiras de prevenir doenças, ou seja, para cada doença ou agravo foram estabelecidas conjunto de medidas preventivas que os indivíduos deveriam incorporar em seu cotidiano a fim de garantir uma vida saudável. Inscreveu-se, então, nos mais variados momentos históricos e singulares, práticas educativas em saúde que se caracterizaram em tecer orientações, ou melhor, prescrições em como prevenir doenças¹.

Assim, o que propõe nesse breve ensaio reflexivo e teórico é estabelecer um “encontro” com os pressupostos da enfermeira e docente da Faculdade de Educação, da UNICAMP, e coordenadora do Laboratório de Práticas de Educação e Saúde (PRAESA), decorrentes de suas pesquisas sobre o Ensino em Saúde. O objetivo geral do PRAESA é desenvolver processos coletivos de reflexão que gerem subsídios epistemológicos e metodológicos em prol de uma postura crítica e uma atuação interdisciplinar dos profissionais da Educação e Saúde. Cabe ressaltar que nesse espaço de reflexões coletivas, deu-se a formação de docentes/pesquisadores integrantes do Corpo Docente Permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Ambos vinculados à Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade de Dourados.

OBJETIVO

O presente artigo busca-se relatar as contribuições de Bagnato em relação às Práticas Educativas em Saúde, através de ensaio teórico e reflexivo.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica de alguns escritos de Bagnato sobre seus pressupostos e, por conseguinte suas contribuições nas Práticas Educativas em Saúde. A Revisão bibliográfica procura explicar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências publicadas em livros, periódicos, revistas, enciclopédias, dicionários, sites, jornais, CDs, anais de congresso etc., buscando conhecer, analisar e explicar contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns Pressupostos de Maria Helena Salgado Bagnato

Práticas Educativas em Saúde como Encontros de seres humanos:

Ao longo do tempo vem-se discutindo a importância e os conceitos de Práticas Educativas em Saúde (PES) que possuem variados objetivos e metodologias, neste processo encontram-se diversas concepções de saúde, ser humano e doença. Historicamente a utilização das práticas educativas aliada ao processo de educação em saúde já apresentava alguma relevância relacionada à melhoria nas condições de saúde das pessoas e traz consigo modos de pensar sobre o que é ser humano³.

A respeito das concepções de Bagnato, o ser humano é um sujeito que se constitui nas relações consigo mesmo, nas relações com outros sujeitos, com os meios de comunicação, com religião, famílias, com acesso a novos conhecimentos e lugares que vai ocupando. Para essa pensadora do campo da Educação em Saúde, o conhecimento do outro é construído e desconstruído no diálogo, na diversidade de vozes, através das palavras, dos gestos e das ações⁴.

Bagnato destaca ainda que nestas relações de encontro com o outro, ao se depararem e se olharem constrói-se uma relação de reciprocidade, não desconsiderando que esses sujeitos são seres históricos, culturais, com diferentes maneiras de ser e estar no mundo. Estes sujeitos também podem ser educadores e sujeitos

educativos, de uma educação que busca no encontro entre sujeitos compartilhar modos de vida, formas de pensar e trocar experiências, produzindo outros sentidos e significados, deslocando ou reafirmando verdades⁴.

Bricolage: Abordagem Crítica e Cultural

Em seus manuscritos, fica evidente o diálogo que Bagnato estabeleceu com Paulo Freire, também corroborando o papel da Educação em conscientizar, libertar e transformar. Segundo Freire, o processo educativo esboça-se no respeito ao saber do outro, de uma construção conjunta do conhecimento, a partir da realidade do sujeito. Deste modo, ao serem realizadas as ações de educação em saúde, é preciso ter claro que as pessoas conhecem intensamente a realidade na qual vivem⁵.

Os pensamentos de Bagnato e Freire encontram ressonâncias em Meyer *et al.*⁶, apontando que as práticas educativas em saúde ainda são realizadas por algum grupo especializado que ensina a população leiga sobre determinado assunto, e aí o saber-viver é desvalorizado e até mesmo ignorado nesses processos de transmissão, esvaziando o saber da pessoa ouvinte.

Além da abordagem crítica, Bagnato se aproxima dos estudos culturais buscando aprofundar as reflexões sobre as práticas educativas em saúde. Os estudos culturais são ainda pouco explorados em relação à saúde, e mais especificamente no campo da educação em saúde⁴.

Os estudos culturais delineiam um movimento das margens para o centro; suas análises apontam para as redes de significados produzidas nas relações sociais e culturais e o modo como os sujeitos atuam nelas, entrando em cena o mundo da vida. Dessa forma, a interface com esse campo pode contribuir para problematizar os conhecimentos, as relações culturais, sociais e históricas, os exercícios do poder e os processos de subjetivação subsequentes⁴.

Ao articular a abordagem crítica e os estudos culturais, Bagnato procura desvelar o percurso histórico das práticas educativas em saúde, verificando que elas desempenharam um

papel regulador, normalizador, de controle sobre os corpos, e publicizado pelas políticas de vigilância através de mecanismos de homogeneização de atos considerados saudáveis⁴.

As práticas educativas em saúde apresentaram tanto elementos do poder disciplinar foucaultiano, ou seja, centrado no corpo, como um mecanismo de individualização, e o biopoder, que se volta para o corpo social, para a população, portanto um poder que opera num nível mais global. Desse modo, o educador pode assumir o papel de colonizador que tenta fazer valer sua verdade a qualquer preço, utilizando-se de mecanismos de cooperação e persuasão.

Uma concepção ampliada de Práticas Educativas em Saúde (PES):

Nesta visão, pode-se dizer que as PES são práticas que podem envolver trabalhos junto a famílias, grupos, usuários dos serviços de saúde, a educação continuada/permanente dos trabalhadores da área da saúde, assim como a educação inicial nos cursos de nível médio, superior e pós-graduação⁴.

As PES são práticas socioculturais, tendo como finalidade colaborar com a tessitura de outras leituras, outros olhares, potencializando o encontro de diferentes experiências, vivências e conhecimentos, ensejando o exercício da cidadania de homens e mulheres situados em um espaço/tempo⁴. Mas também nesses encontros a produção de subjetividades, de sentidos e significados que vão sendo construídos e desconstruídos num tempo e espaço históricos.

Dar visibilidade ao percurso histórico das PES, nos auxiliar a perceber a circularidade de concepções e seus diferentes matizes, a respeito de saúde, doença, bem como a produção de discursos que privilegiam maneiras de ser, fazer e compreender educação em saúde, que vão se constituindo em saberes/verdades hegemônicas em detrimento de outras formas de pensar e agir.

Um dos pressupostos para as PES é a busca contínua pelo conceito ampliado em saúde, que não se limita ao paradigma mecanicista e analítico biomédico, mas traz para a roda de debate elementos contextuais, conjunturais, subjetivos e a humanidade em

suas múltiplas dimensões⁴.

No percurso do pensamento de Bagnato, há de se considerar os modos de seres humanos expostos por filósofos, pensadores, cientistas, sociólogos, dentre outros. As concepções de homem que cada indivíduo tem, emergem nesses encontros, e os estudos sobre a teoria do homem apresentam-no no múltiplo – como o homem ético de Sócrates, o homem racional de Descartes, o homem simbólico de Cassirer, o homem universal de Kant, o homem matéria de Marx, o homem fragmentado de Hall. Estas visões diferentes de homens, nem sempre percebidas pelos sujeitos, podem aflorar no processo educativo⁴.

O papel da linguagem nas Práticas Educativas em Saúde:

No desenvolvimento dos PES é importante compreender novos textos neste universo de diálogos, e assim, buscar indícios que revelem outros sentidos que não aqueles estabilizados. As palavras vão dando contorno nos discursos, apontam a presença de valores, verdades, modos de organização social e posturas. As palavras e as práticas que intencionam regular as maneiras de pensar e agir não são totalmente eficazes e ocultantes, pois seus sentidos significados são apreendidos, interpretados e decifrados ativamente pelos sujeitos que dela participam^{4,8}.

No diálogo, a linguagem põe em circulação significados e sentidos elaborados pelos sujeitos, com aproximação e afastamentos, em identificações e desacordos. Sentidos e significados que se produzem na dinâmica interativa e os significados e sentidos não se encerram por si, pois há uma diversidade de leituras que podem ser feitas de um mesmo texto. Nas relações sociais, as palavras adquirem uma multiplicidade de sentidos. Ocorre também um encontro de diferentes olhares e culturas, podendo haver uma hibridação cultural neste diálogo, isto é, culturas transformadas⁴.

A linguagem assume um papel de destaque em um diálogo, pois é nela que acontecem as trocas e os acolhimentos. É importante reconhecer a impossibilidade do diálogo em muitas situações e, neste sentido, reconhecer a perda de sentido da comunicação⁹.

No diálogo, os conhecimentos são construídos e desconstruídos, pois eles estão sendo construídos e compreendidos de diferentes lugares, em diferentes contextos. O desafio posto para todos os envolvidos neste processo é como trabalhar, discutir diferentes conhecimentos sem eliminar as contradições que são trazidas pelos modelos explicativos desses diferentes saberes. Entram em cena a vontade, interesses, desejos dos outros e suas escolhas, sua autonomia. Identidades, subjetividades e diferenças são produzidas, fabricadas e criadas nas relações sociais e culturais, como resultado de processo de produção simbólica e discursiva⁴.

A postura dialogada permite relacionar o mundo da vida com o mundo da cultura, a experiência real com a palavra; instiga a procurar no mundo da cultura os processos de elaboração de significados para o mundo da vida, onde ocorre a concretude do agir humano, onde se manifesta a pluralidade da vida. Reciprocidade ideológica. Nesta perspectiva, trabalha-se com as diferenças, tem objetivos que não significam o controle de todo o processo, há convivência de diferentes maneiras de olhar e compreender os diferentes significados e valores coexistentes⁴.

Nestas relações, estão presentes dimensões técnicas, políticas e éticas, no sentido de que estão em jogo certas formas de saber, compreender, vivenciar saúde, tecidas ao longo de um espaço e tempo, a partir de condições históricas, sociais e culturais que, em última instância, precisam ser conhecidas, problematizadas, questionadas, mas num processo de respeito à autonomia do outro e seu direito de escolha e agir⁴.

O educador em saúde atuará como mediador cultural no sentido de decodificar a linguagem técnica utilizada e estabelecer as interlocuções do grupo com outros saberes. É esperado propiciar condições para que os indivíduos adquiram uma linguagem que busque a reflexão de suas experiências, para transformá-las em projetos mais amplos de responsabilidade social⁴.

Assim o político deve aproximar-se do cultural, buscando uma postura crítica, e não de acomodação, em um processo que possibilitará intervenção nos micro espaços e lutar pela construção

de espaços coletivos que não homogeneízam as diferenças e subjetividades, apostando nas relações de reciprocidade⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos pressupostos de Bagnato sobre as práticas educativas em saúde, evidenciamos o papel do ser humano, em sua multidimensionalidade, suas vivências e experiências valoradas, mas situado em espaços e tempos históricos, permeados da contingência social e cultural.

O diálogo de Bagnato com o pensamento crítico denota seu compromisso em não apenas problematizar o que está posto, mas proporcionar processos políticos de enfrentamento aos modelos hegemônicos de saúde unidimensionais.

E ao avançar no campo dos estudos culturais, e evocando o papel da cultura, da linguagem, do discurso, Bagnato se propõe a olhar as práticas educativas em saúde, não apenas como reguladoras, mas dotadas de reciprocidade e criadora de espaços de intersubjetividade, não ignorando as relações de poder, mas levando em conta as possibilidades de interdição e rupturas, que podem se concretizar nos encontros entre sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Reis DC. Educação em Saúde: *Aspectos históricos e conceituais*: In: Grazinelli, M.F.; outros (orgs.) Educação em Saúde: Teoria, Método e Imaginação. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.
1. 2. Martins GA, Theófilo CR. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*, 2. ed., São Paulo: Atlas, 2009.
3. Felipe GF, Silveira LC, Moreira TMM, Freitas, MC. Presença Implicada e em Reserva do Enfermeiro na Educação em Saúde à Pessoa com Hipertensão. *Rev Enferm UERJ*. V. 20, n. 1, p. 45-49. 2012.
4. Bagnato MHS, Renovato RD. *Práticas Educativas em Saúde: um território de saber, poder e produção de identidades*. In: Deitos RA,

Rodrigues RM (Org). Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais. Cascavel: EDUNIOESTE, 2006. p.87-104.

5. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

6. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRMC. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 22(6): 1335-1342, junho, 2006.

7. Renovato RD. Práticas educativas em saúde: trilhas, discursos e sujeitos. *Tese (Doutorado em Educação)* – UNICAMP, Campinas, 2009.

8. Bagnato M.H.S. Educação em Saúde e Cidadania: *que discursos circulam nos espaços educativos?* In: Camargo AMF, Mariguela M.(Org). *Cotidiano Escolar: emergência e invenção*. Piracicaba, SP: Jacintha Editores, 2007. p.163-182.

9. Amorin M. O pesquisador e seu outro – *Bakhtin nas ciências humanas*. 1ed. São Paulo: Musa Editora, 2001.

9. PRÉ-NATAL MASCULINO: PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

Simone de Deus Anzoategui¹

Edilson José Zafalon²

¹ Estudante do Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados. Email: symonededeus@hotmail.com. Relator.

² Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Professor adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS. Email: edilz@uol.com.br.

RESUMO

Introdução: Com o objetivo de promover ações de saúde que pudessem contribuir significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus mais diversos contextos socioculturais e político-econômicos, em agosto de 2009, foi lançada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem – que teve como resultado o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Sendo assim, tal Política, através do incentivo do Pré-Natal masculino, traz uma proposta integradora que vem ao encontro de questões relacionadas à prevenção e promoção da saúde da população. Logo, incentivar o parceiro a participar das consultas de pré-natal, bem como do grupo de gestante, ajudando na humanização do pré-natal e nascimento, promove a saúde nesses homens. Esse estudo teve início a partir do Trabalho de Conclusão de Curso da Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e, as ações aqui expostas foram realizadas em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Nioaque-MS. **Objetivo:** Realizar, ações relacionadas ao Pré-Natal Masculino que busquem a promoção, prevenção e assistência de saúde ao homem, gestante e recém-nascido. **Metodologia:** Em um primeiro momento, a proposta do “Pré-Natal Masculino” foi apresentada para toda a equipe a ser envolvida em seu processo - médicos,

odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Após, com o apoio desses profissionais, semanalmente, realizaram-se encontros com as gestantes e seus companheiros. Nessas reuniões, foram realizadas discussões e orientações sobre a gestação, puerpério, cuidados com o recém-nascido, além de incentivo a participação dos companheiros nas consultas de rotina do pré-natal. Para acompanhamento durante as consultas, foi elaborado um instrumento para acompanhamento das consultas do pré-natal do homem. **Resultados:** Entre os benefícios do pré-natal masculino, tiveram destaque: o aumento do vínculo familiar e a identificação de fatores de riscos para doenças preveníveis e DST's. Também, um melhor esclarecimento a respeito da gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido - fazendo com que os homens participassem ativamente nas reuniões e consultas. Por fim, entende-se que o “Pré-Natal Masculino” deve ser valorizado pelos gestores através de políticas de incentivo para a realização das ações - orientações de saúde, sensibilização da população e dos profissionais de saúde, realização de exames, acompanhamento do parceiro pela equipe de saúde juntamente com a gestante, além de ter assegurada a garantia dos direitos relacionados a esse.

Palavras Chaves: saúde do Homem, gestação, prevenção.

GT: Práticas Educativas em Saúde

10. IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Franciele Nunes de Oliveira¹

Marjorie Ester Dias Maciel²

Luciana Aparecida Carvalho Barbosa³

Dioelen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho⁴

Joshiley Coelho Guindo de Aquino⁵

¹Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS;
Email: franciele_enf@hotmail.com. Relatora.

²Aluno do curso de Doutorado em Enfermagem/EE-USP.
E-mail: marjorieester@yahoo.com.br

³Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS;
Email: luci_enfermagem@hotmail.com

⁴Aluna do curso de Mestrado em Biologia Geral/Bioprospecção FCBA/UFMG
E-mail: dioaquino Coelho@gmail.com.

⁵Aluno do curso de especialização em Metodologias para Ensino Superior a Distância/ANHANGUERA. E-mail: joshileyc Coelho@gmail.com..

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde recebeu destaque no início do século XX, com a publicação do Instituto de Medicina/EUA indicando que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 mortes. Na Europa, os estudos realizados sobre a Qualidade da Atenção Hospitalar mostraram que um a cada dez pacientes nos hospitais europeus sofrem danos evitáveis e eventos adversos durante a assistência recebida. No Brasil poucos estudos têm sobre o assunto. Em 1º de Abril de 2013, através da portaria nº 529, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando a qualificação do cuidado em saúde promovendo e apoiando a implementação de iniciativas voltadas ao paciente em diferentes áreas de atenção. **Objetivo:** qualificar o cuidado em saúde através de ações no ambiente hospitalar que favoreçam a segurança do paciente. **Metodologia:** para a elaboração da comissão foi realizado pesquisa bibliográfica nas resoluções, portarias e manuais do

Ministério da Saúde. No mês de novembro de 2014 foi instituída a comissão sendo coordenada por enfermeiro assistencialista. As reuniões são realizadas uma vez ao mês, com representantes da comissão, sendo discutidos problemas e intervenções. **Resultados:** várias ações foram realizadas no hospital: mudança na ambiência, pit stop para cirurgia segura, postura dos profissionais e a criação de impressos específicos que auxiliam na conferência dos procedimentos. De início foi organizando ações como identificação de seringas para medicação e também separação de pacientes com o mesmo nome em quartos diferentes. Posteriormente foi implantado o uso de pulseiras de identificação no ato da sua internação anotando nome completo e idade. E a implantação de check-list para ulcera de pressão aos pacientes de clínica médica. Os pacientes cirúrgicos são encaminhados ao Centro Cirúrgico com a região marcada com pincel específico, definindo o local da cirurgia, sendo aplicado o check-list no centro cirúrgico pelo em enfermeiro no ato da sua admissão. Todos os membros da equipe são identificados e realizam a sua apresentação, proporcionando um ambiente mais acolhedor.

GT: 1 Práticas Educativas em Saúde.

11. VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM EM PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UNIVERSIDADE ABERTA DA MELHOR IDADE.

Rogério Dias Renovato¹

Mariana de Oliveira Cunha Castro²

Priscila Rosa de Assumpção Costa³

¹Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: rrenovato@uol.com.br

²Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Bolsista PIBITI/UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: marioliveira93@hotmail.com

³Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Monitora da Disciplina de Farmacologia, Unidade Universitária de Dourados; Email: prirosa_assuncao@hotmail.com. Relator.

RESUMO

Introdução: O Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), de 2012, estabeleceu duas modalidades, o Bacharelado e a Licenciatura. Como componente curricular da Licenciatura em Enfermagem, tem-se o Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório de Licenciatura I (ECSOL I), realizado no 4º. ano do curso, e que ocorre em Centros de Educação Infantil, Escolas da Educação Básica e Projetos de Extensão, tendo como uma das ações, as Práticas Educativas em Saúde. **Objetivo:** descrever experiências de acadêmicas do ECSOL I no Programa de Extensão Universidade Aberta Para a Melhor Idade –UNAMI. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência. **Resultados:** a experiência relatada refere-se às atividades educativas realizadas pelas acadêmicas e sob a orientação do professor supervisor de estágio no âmbito da UNAMI/UEMS. O tema abordado foi o Uso Racional de Medicamento na população idosa. As acadêmicas elaboraram um plano de aula, tendo como objetivos: incentivar o uso racional de medicamentos; informar a respeito dos fármacos disponíveis

gratuitamente; realizar um demonstrativo de comparação dos fármacos genérico, de referência e similar e demonstrar as características dos programas: “Aqui tem Farmácia Popular” e “Saúde Não tem Preço”. Elas utilizaram como estratégia, perguntas disparadoras escolhidas aleatoriamente pelos alunos da UNAMI descritas em papelotes e acondicionadas em uma caixa. As questões foram: O que é saúde para você? Como podemos cuidar da saúde? O que é preciso para se ter saúde? O que pode prejudicar a saúde? Você toma algum medicamento? Como você toma seus medicamentos? Você gasta com medicamentos? Você conhece os programas: “Aqui tem Farmácia Popular” e “Saúde Não Tem Preço”? Onde você costuma guardar seus medicamentos? Cada participante era convidado a retirar uma questão e respondê-la contando com a contribuição dos outros alunos. Dentre os resultados, verificou-se considerável participação dos alunos da UNAMI, estabelecimento de relações de reciprocidade dialógica entre os alunos e as acadêmicas da Licenciatura em Enfermagem da UEMS, e por fim, contribuição à formação de professoras enfermeiras.

GT – Práticas Educativas em Saúde.

12. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO (AC): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rhaissa dos Reis Marcelino¹

Tatiane Geralda André²

Bruna Gonçalves Bruno³

Roselaine Terezinha MigottoWatanabe⁴

¹Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: rha.reis@hotmail.com. Relator.

²Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, Bolsista PIBIC/CNPq/UEMS; Email: tatianeandre1@hotmail.com.

³Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: bruninha_bgb@hotmail.com

⁴Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: watanabepam@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O Alojamento Conjunto (AC) é um sistema hospitalar em que o RN sadio, após nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia até a alta hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado na Unidade de Alojamento Conjunto de um hospital público de Dourados/MS. As atividades desenvolvidas em aula prática ocorreram na segunda quinzena de agosto de 2015 e incluíram: análise dos prontuários do binômio mãe-filho, exame físico da puérpera e RN, anotações de enfermagem, processo de enfermagem, orientações sobre cuidados com o recém-nascido, cuidados puerperais, planejamento familiar e aleitamento materno. O registro de tais atividades era descrito no prontuário. Além disso, realizou-se uma abordagem direta e de linguagem informal, com as mães explicando questões como vantagens do aleitamento materno, boa pega areolar, prevenção dos problemas mais comuns na amamentação (ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastite) e cuidados com o bebê. Também foi possível observar a maternidade na cultura indígena,

cuja população é grande na região. Os cuidados somente eram realizados após o consentimento das puérperas. **Resultados:** O AC é um setor onde realmente se sobressai à humanização, a mãe permanece ao lado do seu filho e é encorajada a realizar os cuidados sob a orientação, supervisão e auxílio da enfermagem. Dessa forma, foi realizada assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho, orientado e sanado as dúvidas das puérperas em relação ao cuidado com a mãe e o bebê, dando enfoque ao aleitamento materno. Nessa perspectiva, as atividades de cuidado possibilitaram perceber que no puerpério, o enfermeiro possui importante papel na assistência de enfermagem ao binômio. Através da educação em saúde, o profissional pode desenvolver atividades educativas que buscam contribuir na ampliação do conhecimento das mães sobre temas pertinentes ao momento vivenciado, tais como: amamentação, autocuidado e cuidados básicos ao recém-nascido. Também proporcionar mais segurança e motivação, além de permitir a troca de experiências. **Considerações finais:** A aula prática de saúde da mulher II em alojamento conjunto foi uma nova experiência, pois, proporcionou uma visão multicultural da aceitação da maternidade, as acadêmicas tiveram a oportunidade de desenvolver durante todo o período ações assistenciais, educativas e observar as principais vantagens, questionamentos e dificuldades do AC. A partir da experiência vivenciada pôde-se perceber que a assistência profissional precisa levar em consideração as questões socioculturais e os aspectos emocionais relacionados ao puerpério. Considera-se que as orientações em saúde, durante a realização das práticas de cuidado contribuíram para ampliar o conhecimento das puérperas, principalmente as primíparas. Para que o processo educativo se concretize positivamente, o reforço das orientações e o acompanhamento da família no período de internação em AC são indispensáveis.

GT: Práticas Educativas em Saúde

3- GT Currículo em Saúde e GT Educação Básica e Ensino em Saúde

Trabalho	Autores
1.O ESTUDO DA TANATOLOGIA NO ENSINO EM ENFERMAGEM	Layla Oliveira Campos Leite Machado, Marcia Maria de Medeiros
2.ANÁLISE SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES E PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE FISIOTERAPIA	Monique Rotili; Amanda de Souza Barbosa; Maria José de Jesus Alves Cordeiro; Lourdes Missio; Cássia Barbosa Reis; <u>Vivian Rahmeier Fietz</u>
3. PERFIL DO ENSINO DE FARMACOLOGIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM	Sidlainy Nascimento Silva ¹ , Rogério Dias Renovato ²
4.PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UEMS: UMA REFLEXÃO SOBRE AS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES	Eliza Hidalgo Moraes Pereira; Sílvia Regina Souza de Azevedo; Maria José de Jesus Alves Cordeiro; Lourdes Missio; Márcia Regina Martins Alvarenga; Rogério Dias Renovato.
5.ARTICULAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO: DA FORMAÇÃO SUPERIOR PARA DOCÊNCIA EM SAÚDE EM UMA ABORDAGEM CURRICULAR	Santos, Jair Rosa dos, Missio, Lourdes, Cordeiro, Maria José de Jesus Alves
6.FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA COMO EDUCADOR: REFLEXÕES	Renata Martins Castro Rosa; Ednéia Albino Nunes Cerchiari; Vivian Rahmeier Fietz; Elaine Aparecida M.T. Watanabe
7. A QUESTÃO CULTURAL INSERIDA NO CURRÍCULO: REFLETINDO AS INFLUÊNCIAS CULTURAIS	Simone de Deus Anzoategui; Lourdes Missio; Maria José Alves de Jesus Cordeiro
8. FOTOPROTEÇÃO SOLAR: UM TEMA INTERDISCIPLINAR	Camila Panzetti Alonso, Rogério Dias Renovato
9. RISCOS E BENEFÍCIOS SOBRE A FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO	Luiza Rahmeier Fietz, Gabriela Markus
10.SAÚDE NA ESCOLA	Camila Panzetti Alonso, Rogério Dias Renovato

1. O ESTUDO DA TANATOLOGIA NO ENSINO EM ENFERMAGEM

Layla Oliveira Campos Leite Machado¹

Marcia Maria de Medeiros²

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação, Stricto Sensu, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, UEMS
E-mail: laylaleite@hotmail.com

² Professora Doutora do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, UEMS.
E-mail: marciamaria@uems.br

RESUMO

Introdução: Dos processos biológicos que acompanham o ser humano, a morte está elencada entre os que causam um sentimento de mal-estar e sofrimento. A sociedade contemporânea ocidental tem por alvitre negá-la ou escondê-la, considerando-a como assunto quase que indiscutível. Esse pressuposto também é percebido junto aos currículos dos cursos da área de saúde, os quais formam sujeitos capacitados a salvar vidas, e não a lidar com o oposto. No caminho estreito onde só a religião tinha condições de oferecer amparo frente ao processo da morte, foi que nasceu a tanatologia, introduzida por uma psiquiatra chamada de Elisabeth Kubler Ross. A tanatologia ainda é pouco trabalhada no meio acadêmico, e a inserção dessa temática nesse meio ainda é desafiadora. **Objetivo:** Investigar como a temática da tanatologia está inserida no contexto dos acadêmicos de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de característica descritiva, exploratório, iniciado por meio de pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca da literatura nas bases de dados Scielo, Medline, Lilacs, em bancos de teses e dissertações e em livros, que tratassem sobre o tema tanatologia, estudantes de enfermagem, educação em enfermagem, os artigos utilizados foram publicados no período de 2005 a 2015. **Resultados:** Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, percebe-se uma ausência ou

um silenciamento ao processo relativo a morte e o morrer, preconizando entre seus principais elementos formadores as questões sobre a atenção à saúde, sendo que diante desses saberes, é indispensável à compreensão sobre esse fenômeno. Mesmo havendo estudos que falem sobre a morte humana nos dias atuais, ainda existem tabus quanto ao tema. Os discentes em enfermagem apresentam uma lacuna quanto ao suporte para a visão crítico-reflexiva sobre a temática morte/ morrer, já que cuidar do ser humano em termos dos cuidados paliativos ou mesmo aquele que esteja morrendo, nos faz refletir sobre a fragilidade da vida e sobre nossas próprias sensações de fracasso, mexendo com emoções e sentimentos. Cabe salientar que a necessidade de saber lidar com a morte é premente na formação dos profissionais da saúde, sendo questão de muita responsabilidade, já que o processo de morte e morrer não tem o mesmo significado para todos, provocando os mais variados tipos de reação. Neste cenário compete ao educador uma abordagem multifatorial, educando para a descoberta de valores morais e éticos diante do cenário do processo morte/morrer. Assim, a tanatologia, quando apresentada aos acadêmicos de enfermagem da forma prenunciada contribuirá positivamente diante da prestação de cuidados ao paciente no processo de morte/morrer.

GT: Currículo em Saúde.

2. ANÁLISE SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES E PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Monique Rotili¹

Amanda de Souza Barbosa²

Maria José de Jesus Alves Cordeiro³

Lourdes Missio⁴

Cássia Barbosa Reis⁵

Vivian Rahmeier Fietz⁶

¹Mestranda do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; moniquerotili@hotmail.com. Relator

²Mestranda do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; amanditas@hotmail.com

³Docente do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; majaju@uems.br

⁴Docente do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; lourdesmissio@uems.br

⁵Docente do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; cassia@uems.br

⁶Docente do programa de pós graduação stricto sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS; vivian@uems.br

RESUMO

Introdução: O presente artigo procura apontar reflexões e questionamentos sobre a formação na área da fisioterapia. A formação superior dos profissionais de saúde, historicamente foi construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno das relações de poder, as quais conferiram ao professor especialista uma posição de centralidade no processo de ensino-aprendizagem. Essa construção vinculou-se a excessiva especialização e ao distanciamento dos conteúdos curriculares necessários à formação de um profissional de saúde com perfil capaz de responder as necessidades da população. Nos últimos anos a formação tem sido bastante discutida, tentando atender as legislações vigentes no campo da educação, como também na área

da saúde. **Objetivo:** analisar a coerência entre as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico do curso de fisioterapia de uma Universidade. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada por meio de pesquisa bibliográfica e documental. Para a realização desse estudo utilizamos alguns referenciais teóricos que contribuíram para a formação do profissional fisioterapeuta e para as inovações do processo político-pedagógico deste profissional. Foram utilizados artigos que versavam sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, sobre os Projetos Pedagógicos usados nas Instituições de Ensino Superior no Brasil e sobre o Currículo. **Resultados:** os estudos encontrados sobre os projetos pedagógicos e as Diretrizes Curriculares Nacionais que norteiam a formação do profissional fisioterapeuta, evidenciaram que na formação do fisioterapeuta se está conseguindo repassar aos alunos a realidade que irão encontrar no seu cotidiano, uma vez que a interdisciplinaridade é essencial para a aprendizagem do aluno e futuro profissional. O ensino na área da fisioterapia precisa ser mais crítico, mais dinâmico, mais interdisciplinar e menos conservador e também é preciso repensar novas estratégias pedagógicas, tentar mudar os paradigmas tradicionais de ensino, centrado no conhecimento fragmentado em disciplinas e na figura do professor detentor do saber e transmissor do conhecimento.

GT: Currículo em Saúde

INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde foi muito questionada na década de 90, na qual o grande intuito era alcançar uma formação que atendesse os anseios da maioria da população nos aspectos de assistência a saúde. Essas observações nos fazem refletir criticamente com os processos de formação na área da saúde, em se tratando do perfil demográfico e epidemiológico da população poderia ser um ponto importante para sanar as necessidades básicas¹.

A formação superior dos profissionais de saúde, historicamente foi construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder, as quais conferiram ao professor especialista uma posição de centralidade no processo de ensino-aprendizagem. Essa construção vinculou-se à excessiva especialização e ao distanciamento dos conteúdos curriculares necessários à formação de um profissional de saúde com perfil capaz de responder às necessidades da população².

Na revisão de literatura encontra-se uma enorme quantidade de textos e discursos envolvendo as políticas de currículo, ampliando sempre as pesquisas educacionais que utilizam do conceito de recontextualização, uma vez que esta apresenta como objetivo trazer novas interpretações em relação às orientações curriculares nacionais³.

As profissões da área da saúde compartilham atualmente desafios semelhantes, especialmente em relação à qualidade da formação do profissional, à ampliação dos campos de prática decorrentes das mudanças nos processos de trabalho e nas políticas do sistema de saúde, bem como à necessidade da implantação de novos projetos pedagógicos nos cursos, após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais⁴.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394 de 1996, define como responsabilidade da União a melhoria da qualidade do ensino e a execução de processos avaliativos dos cursos de graduação. No ano de 2001 foi publicado o Parecer 1133 do CNE/CES, que levantou a necessidade da articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos profissionais.

Os cursos de graduação da área da saúde devem seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicadas pelo Conselho Nacional de Educação/ Câmara de educação superior para a elaboração do projeto pedagógico⁵.

A educação superior não é apenas um objetivo do governo, mas de toda a sociedade brasileira, porque além de garantir as condições de acesso e permanência de estudantes nesses

componentes educacionais, é preciso construir um projeto pedagógico de educação superior de qualidade, comprometido com as múltiplas necessidades sociais e culturais da população⁶.

As Diretrizes Curriculares são importantes nas mudanças de formação dos profissionais de saúde, e a Universidade é responsável por demonstrar seu papel social, conceitos de saúde e de educação. A interdisciplinaridade é um fator que contribui muito para grandes avanços e superação dos currículos organizados por disciplina e centrados nos conteúdos. Portanto, a abordagem interdisciplinar permite que conteúdos sejam ensinados e aplicados na prática o que dá sentido ao estudo².

A área da fisioterapia teve regulamentação no Brasil pelo Decreto Lei nº 938 de 13/10/1969, apresentando como finalidade restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente⁷. O fisioterapeuta é definido como um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo que pode atuar em equipe ou de forma isolada em todos os níveis de assistência à saúde. Trabalha com o movimento do corpo, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças. Enquanto profissional de saúde, deve estar atento a todos os aspectos do ser humano, percebendo que, devido à sua complexidade, toda intervenção deve ser multidisciplinar⁸.

As equipes multidisciplinares constituem-se grupos que vivenciam e operam a construção na prática cotidiana, na perspectiva de uma cultura que valoriza e respeita as diversidades⁹.

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Fisioterapia enaltece, é no diálogo entre as práticas educacionais e a interdisciplinaridade que vão surgindo soluções para a formação de fisioterapeutas mais humanos, mais responsáveis e mais realizados na profissão¹⁰.

No tangente a integralidade, cabe a análise dos problemas e desafios que se colocam no momento atual para a efetiva construção de um modelo que tenha a integralidade do cuidado como atributo central no atendimento do profissional fisioterapeuta¹¹.

Para atender ao princípio da integralidade, as equipes

multiprofissionais e instituições precisam passar a desenvolver metodologias que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber, horizontalidade dos poderes, co-responsabilidades e auto-organização⁹.

OBJETIVOS

O objetivo da pesquisa foi analisar a coerências entre as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico do curso de fisioterapia de uma Universidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada por meio de pesquisa bibliográfica e documental. Para a realização desse estudo utilizamos alguns referenciais teóricos que contribuíram para formação do profissional fisioterapeuta e para as inovações do processo político-pedagógico deste profissional. Foram encontrados artigos que versavam sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, sobre os Projetos Pedagógicos usados nas Instituições de Ensino Superior no Brasil e sobre o Currículo. O Projeto Pedagógico analisado encontrava-se disponível na internet, estando aberto a todos a quem se interessasse, o mesmo seria de uma Universidade da Região Centro-Oeste.

O principal intuito da pesquisa foi realizar uma comparação e provocar uma discussão sobre os projetos pedagógicos e as Diretrizes Curriculares Nacionais, que norteiam a formação do profissional fisioterapeuta, evidenciando se nos dias atuais o ensino superior está conseguindo repassar aos alunos a “realidade” que irão encontrar no seu cotidiano.

Apesar de a Constituição Federal de 1988 já indicar que o SUS deveria subsidiar o processo de formação profissional na área da saúde, isso não se tem traduzido numa prática institucional. A desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia, segundo a resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, envolvem as competências e as habilidades gerais e específicas que o curso deve desenvolver durante o processo de formação, constituindo orientações para a elaboração dos currículos e que devem ser adotadas por todas as instituições de ensino superior. Estimulando o abandono das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, que muitas vezes atuam como meros instrumentos de transmissão de conhecimento.

Segundo as DCNs, o curso de graduação em fisioterapia, deve assegurar a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para respeitar os princípios éticos, atuar em todos os níveis de atenção a saúde, atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, garantindo a integralidade da assistência, além de ser capaz de elaborar um diagnóstico elegendo e quantificando as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas¹⁰.

O objetivo das Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Fisioterapia em relação à articulação entre a educação e a saúde, é a formação geral e específica do profissional com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção a saúde, respeitando os princípios éticos, e culturais do indivíduo e da coletividade deverá formar o perfil deste profissional¹⁰.

Na busca de soluções práticas para a formação do fisioterapeuta, como profissional apto a desenvolver todas as competências exigidas no desenrolar de suas atividades, encontra-se a possibilidade de atuação interdisciplinar. Entender e vivenciar a interdisciplinaridade exige um olhar mais acurado, mais reflexão, mais leitura e mais escrita¹³.

Em relação ao Projeto Pedagógico do curso de fisioterapia da Universidade que foi analisado, percebe-se que a formação acadêmica apresenta-se voltada para uma formação que procura

atender as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia. Porém, a atuação entre os profissionais ainda tem permanecido centrada no modelo biomédico, surge então, a dúvida de como formar um novo fisioterapeuta, capaz de desenvolver as competências esperadas para o exercício pleno e eficaz de suas atribuições¹³.

Em relação à formação dos profissionais fisioterapeutas no Brasil, ainda não está totalmente voltado para um trabalho em equipe, sendo que cada profissão utiliza uma linguagem e termos técnicos específicos, o que dificulta o diálogo interdisciplinar. Por esse motivo, a atuação fragmentada, com rígida divisão de trabalho, descontextualizada e centrada no “paradigma biomédico tradicional” ainda predomina nos serviços de saúde¹⁴.

A estrutura curricular que ainda encontramos apresenta extrema fragmentação do conhecimento e do desenvolvimento isolado das disciplinas que compõem o plano de estudos. Portanto, para haver uma mudança no modelo de formação das profissões da saúde, é fundamental que todos os atores envolvidos tenham acesso e conhecimento no processo de elaboração do projeto pedagógico, na construção e condução do processo de mudança, além de uma capacitação pedagógica para os docentes¹².

O currículo é responsável pelas mudanças que ocorrem na educação, pois o mundo está em movimento acelerado de transformações e a escola, como veículo socializador, deve oferecer um currículo que acompanhe essas mudanças. O currículo não pode ser associado a apenas um documento didático, sua organização deverá partir das experiências humanas em prol da prática educativa¹⁵⁻¹⁶.

O processo de construção de um projeto pedagógico é coletivo e deve ser planejado cuidadosamente para que todos os propósitos se cumpram. Portanto, o planejamento não deve ser visto como atividade a ser realizada apenas pelos docentes, a não ser que haja vontade política de se excluir segmentos comunitários da participação nesse processo¹⁷.

Conclusão

O tema inovação curricular parece ser uma tendência para os estudos desenvolvidos acerca do currículo de formação em saúde no Brasil. Há predomínio de narrativas acerca de propostas de mudanças ou de processos relacionados à implantação de Projetos Pedagógicos de curso e currículos inovadores, integrados ou de base interdisciplinar¹⁸.

Os estudos encontrados sobre os projetos pedagógicos e as Diretrizes Curriculares Nacionais que norteiam a formação do profissional fisioterapeuta, evidenciaram que durante a formação do fisioterapeuta nas Universidades está havendo coerências entre as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico do curso. Assim, as Universidades estão conseguindo repassar aos alunos a realidade que irão encontrar no seu cotidiano, apesar de algumas mudanças que precisam ser feitas na estrutura curricular, uma vez que a interdisciplinaridade é essencial para a aprendizagem do aluno e futuro profissional.

O ensino precisa ser mais crítico, mais dinâmico, mais interdisciplinar e menos conservador e também é preciso repensar novas estratégias pedagógicas, tentar mudar os paradigmas tradicionais de ensino, centrado no conhecimento fragmentado em disciplinas e na figura do professor detentor do saber e transmissor do conhecimento¹⁹.

REFERÊNCIAS

1. Bagnato MHS. Recontextualização curricular no ensino da enfermagem. Currículo sem fronteiras. 2012 set-dez; 12(3): 173-9.
2. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: e tempo de ação. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2003.
3. Lopes AC. Tensões entre recontextualização e hibridismo nas políticas de currículo. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2003.
4. Ramos FRS. O discurso da bioética na formação do sujeito

trabalhador da saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2007; 5(1): 51-77.

5. Brasil. Ministério da Educação. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 2001.

6. Veiga IP. A. Inovações e projeto político pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? Cad. Cedes. 2003; 23(61): 267-81.

7. Moraes VRS et al. Projeto pedagógico do curso de fisioterapia da Universidade de Brasília. 2010 abr-jun; 23(2): 311-21.

8. Barros FBM. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. Fisiobrasil. 2003 maio-jun; 59: 20-3.

9. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. Vínculo. 2009 dez; 6(2).

10. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação superior. Resolução CNS/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia; 2002.

11. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001.

12. Campos FE et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. Rev. Brasileira de Associação Médica RJ. 2000 out-dez; 24(3).

13. Haas CM, Nicida DP. Projeto Pedagógico interdisciplinar na e para a formação do fisioterapeuta: dialogando com as diretrizes curriculares. Rev. Teoria e Prática da Educação. 2009 jan-abr; 12(1):17-23.

14. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface, Comunic., Saúde, Educ. 2001; 5(9).

15. Moreira AF. Currículo na Contemporaneidade: Incertezas e Desafios. Cortez; 2003.

16. Sacristan G. O Currículo, uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000.
17. Padilha PR. Planejamento dialógico: como construir o projeto político pedagógico da escola. Instituto Paulo Freire. 8, ed. São Paulo: Cortez; 2008.
18. Braid LMC Machado MFAS, Aranha AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. Interface. 2012 jul-set; 16(42).
19. Signorelli MC et al. Um projeto político-pedagógico de graduação em fisioterapia pautado em três eixos curriculares. Fisioter. Mov. 2010; 23(2): 331-40.

3.PERFIL DO ENSINO DE FARMACOLOGIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Sidlainy Nascimento Silva¹

Rogério Dias Renovato²

¹Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Bolsista PIBIC AAF/CNPq – UEMS, Email: Sid_lainny@hotmail.com. Relator.

²Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados; Email: rrenvato@uol.com.br

RESUMO SIMPLES

Introdução: A farmacologia é uma disciplina que tem como objetivo promover um maior conhecimento a respeito de medicamentos, entendendo todos os fatores e influências que envolvem os fármacos. Com relação a cursos de enfermagem, a disciplina de farmacologia é de grande importância, pois a administração de medicamentos é de responsabilidade do enfermeiro. **Objetivo:** caracterizar o perfil do ensino de farmacologia em cursos de graduação de enfermagem no Brasil, em relação à ementa, carga horária, período do curso em que é ministrada, conteúdo programático, referências bibliográficas, estratégias de ensino-aprendizagem, estratégias de avaliação. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, realizado com 50 (cinquenta) cursos de Enfermagem das 5 (cinco) regiões brasileiras, sendo selecionados 10 (dez) cursos por região, 5 (cinco) de instituições públicas e 5 (cinco) de instituições privadas. **Resultados:** Em 18 (dezoito) instituições a disciplina de farmacologia é pré-requisito para outras. As ementas de Farmacologia estão disponíveis em 72% (setenta e dois por cento) dos cursos analisados, sendo que em apenas 58% (cinquenta e dois por cento) das ementas constam também as referências bibliográficas. Os livros estão presentes em 100% (cem por cento) das referências verificadas. Quanto à carga horária de Farmacologia

variou de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) horas. Já a inserção da disciplina no currículo dos cursos, deu-se entre o 3º (terceiro) e 5º (quinto) semestre nos cursos semestrais, e no 2º (segundo) e 3º (terceiro) ano, nos cursos seriados. Verificou-se o predomínio de cursos de bacharelado, em detrimento dos cursos de licenciatura em enfermagem. O ensino da disciplina de farmacologia dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil é principalmente caracterizado por ser uma disciplina que pode ser integrada em praticamente todas as disciplinas do curso de enfermagem como saúde do adulto, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, dentre outras. As instituições que possuíam em sua página informações com relação à ementa do curso de enfermagem nem sempre apresentaram as referências bibliográficas. A disciplina de farmacologia em determinadas instituições encontrava-se com referências anteriores a 1999, denotando possível desatualização. Também verificou-se o predomínio do uso de livros, como referências, em detrimento do uso de artigos ou protocolos. Na amostra selecionada, as instituições públicas apresentaram em seus respectivos sites informações mais completas da estrutura curricular sobre a disciplina de farmacologia em relação às instituições privadas.

Agradecimentos: Ao CNPq e à UEMS pela Bolsa de Iniciação Científica.

GT: Currículo em Saúde

4.PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UEMS: UMA REFLEXÃO SOBRE AS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES

Eliza Hidalgo Morais Pereira¹

Silvia Regina Souza de Azevedo²

Maria José de Jesus Alves Cordeiro³

Lourdes Missio⁴

Márcia Regina Martins Alvarenga⁵

Rogério Dias Renovatto⁶

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Email: hidalgo_eliza@hotmail.com

²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Email: sil_azeves@yahoo.com.br

³Doutora em Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: maju@uems.br

⁴Doutora em Educação. Docente Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino e Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: lourdesmissio@gmail.com

⁵Doutora em Enfermagem. Docente Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino e Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: marciaregina@uems.br

⁶Doutor em Educação. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino e Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: rrenovatto@uol.com.br

RESUMO

Introdução: O perfil do enfermeiro sofre transformações de

acordo com o momento político em que vive, influenciando assim o mercado de trabalho, fazendo, as Diretrizes Curriculares sugerem investimentos em estratégias didáticas que incentivem o aluno a refletir sobre a sociedade, transformando seu contexto. Para isso, é importante a adoção de concepções pedagógicas que aproximem a teoria da prática e problematizem situações cotidianas do trabalho na enfermagem. **Objetivo:** O presente artigo busca contribuir com o processo de discussão na formação do enfermeiro com licenciatura em Enfermagem, acerca do Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEMS 2012 em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Metodologia:** revisão bibliográfica, exploratória, levantamento bibliográfico de livros, artigos e o PPP 2012 do curso de enfermagem da UEMS. **Resultados:** Atualmente o mercado de trabalho exige profissionais com visão crítica, analítica, reflexiva e humanista não devendo se perder a essência do ensino. De acordo com o PPP 2012 a licenciatura de enfermagem se fez necessária, pois a maioria dos egressos se encontravam no campo da docência sem apresentar uma formação acadêmica para tal. **Conclusão:** Pelas especificidades desse estudo, não se pretende esgotar a realidade a que o tema se refere, pois essa realidade é mais rica do que o conhecimento que se tem dela. Os licenciados em enfermagem atuam na formação de nível técnico havendo sempre grande demanda para formação destes profissionais, portanto, a aplicabilidade do PPP na prática deverá ser contínua fazendo parte do contexto do educador.

Palavras chave: Projeto Político Pedagógico, Ensino. Enfermagem

GT: Currículo em Saúde

INTRODUÇÃO

Historicamente, a educação dos profissionais da saúde baseia-se no modelo flexeriano, os cursos médicos enfatizam os aspectos biológicos, fragmenta o saber, fortalece a dicotomia entre teoria e prática e desconsidera as necessidades do Sistema Único

de Saúde (SUS)¹. Portanto, o modelo flexeriano ou biomédico é baseado no processo doença, ou seja, a Biomedicina baseia-se a um imaginário científico correspondente a racionalidade da mecânica clássica. É uma visão analítico-mecanicista que apenas avalia a doença do corpo².

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996 e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em Enfermagem contemplam mudanças paradigmáticas ao determinarem que as universidades estimulem a articulação entre ensino, pesquisa e assistência, devendo cada curso adotar diretrizes específicas. Essas diretrizes sugerem investimentos em estratégias didáticas que incentivem o aluno a refletir sobre a sociedade, transformando seu contexto. Para isso, é importante a adoção de concepções pedagógicas que aproximem a teoria da prática e problematizem situações cotidianas do trabalho na enfermagem³.

OBJETIVO

Discutir a formação do enfermeiro com licenciatura em Enfermagem do curso de Enfermagem da UEMS 2012.

METODOLOGIA

Neste estudo, a metodologia utilizada é a revisão bibliográfica, do tipo exploratória, a qual utilizou fontes secundárias de informação. O estudo foi realizado através do levantamento bibliográfico de livros e o PPP 2012 do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Revisão bibliográfica como corrobora Martins e Theófilo⁴ procura explicar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências publicadas em livros, periódicos, revistas, enciclopédias, dicionários, sites, jornais, CDs, anais de congresso etc., buscando conhecer, analisar e explicar contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) no ano de 1996 surge no cenário da educação superior definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, constituindo com ela uma relação de reciprocidade, estabelecendo as diretrizes e bases da educação nacional, configurando um novo paradigma para a formação⁵. Tais prerrogativas foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o SUS⁶⁻⁷.

Convém enfatizar neste contexto que ao longo do século XX, o principal cenário de formação dos enfermeiros foi o ambiente hospitalar, tendo como fundamento o modelo biomédico. O processo de cuidado apoiou-se na formação tecnicista e enfoque curativista, no entanto, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Resolução CNE/CES N^o 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu-se a formação do enfermeiro crítico, reflexivo, generalista e humanista⁸.

Nesse eixo de discussão vale ressaltar que o curso de Curso de Graduação em Enfermagem da UEMS foi implantado em agosto de 1994, passando a ser o segundo curso de Enfermagem no Estado. A primeira estrutura curricular foi organizada de acordo com a Legislação do Conselho Federal de Educação, Parecer CFE N^o 163/72 e Resolução CFE N^o 04/72, que regulamentavam o Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem e Obstetrícia e a partir de 1999 o corpo docente do curso de enfermagem, com vistas ao atendimento as determinações da LDB, passa a discutir os novos rumos que o curso deveria seguir. Portanto, no início do ano de 2001, criou-se uma comissão constituída por docentes, discentes, técnicos - administrativos e representantes da comunidade externa (hospitais, instituições de ensino de Enfermagem e Secretaria Municipal de Saúde) com o objetivo de debater, organizar e coordenar as propostas para reestruturar o novo Projeto Político

Pedagógico⁹.

Portanto, o Projeto Político Pedagógico que foi implantado em 2004 demandou grande reflexão e debate entre os professores, alunos e técnico-administrativos. O qual foi norteado por três eixos: Ser Humano, Saúde e Ética. Estes princípios gerais originaram cinco blocos temáticos (Educação e Saúde; Enfermagem; Processo de Cuidar; Comunicação; Contexto e Cenário), que resultaram na organização dos conteúdos em unidades temáticas condensadas em módulos que compõem as quatro séries do Curso. Dessa forma, deixaram de existir as disciplinas tradicionais que foram substituídas por unidades temáticas agrupadas em módulos, e seus conteúdos passaram a ser desenvolvidos de forma integrada, sequenciada e contextualizada¹⁰.

A necessidade de o Curso voltar o ensino também para a área da Licenciatura foi mostrada em estudos realizados por alunos em pesquisas de iniciação científica e trabalhos finais de curso, bem como em pesquisas de doutorado e mestrado de professores do Curso. Os egressos do curso de Enfermagem da UEMS, formados no período de 1998-2003, destacaram a necessidade de o curso contemplar a licenciatura, considerando que muitos desses egressos encontravam-se no campo da docência, sem apresentar uma formação acadêmica para tal¹¹.

Em outra pesquisa realizada junto aos egressos de enfermagem da UEMS, observou-se que nas turmas formadas entre 2004 e 2006, 22,5% afirmaram desenvolver ou terem desenvolvido atividades profissionais na área do ensino. Dos egressos formados nas turmas de 2007 a 2009, 36,8% relataram atividades no setor do ensino, o que demonstra o crescimento percentual da inserção dos egressos do curso de graduação em enfermagem da UEMS no ensino na área da saúde, em cursos de ensino profissionalizante e de educação superior¹².

Em pesquisa realizada, junto a professores desde Curso quando apontou que, grande número de professores não teve em sua formação inicial preparo para a docência. Assim, foram se constituindo como docentes no cotidiano das salas de aula e campos

de aula prática, bem como nos espaços de intersubjetividade das reuniões pedagógicas do curso. Tornaram-se professores em decorrência da atuação profissional⁹.

Portanto, a opção pela Licenciatura em Enfermagem deu-se também por estar sendo exigida, a partir de janeiro de 2008, em São Paulo, para a emissão de CRTs (Certificados de Responsabilidade Técnica de Enfermagem), por parte do COREN-SP para que o profissional enfermeiro possa atuar na Educação Profissional Técnica de nível Médio¹⁰.

Estes fatos denotam a necessidade de o professor/enfermeiro ter o curso de Licenciatura em Enfermagem para atuação na área do ensino. Como reflexo da preocupação dos professores em melhorar a qualidade do ensino, muitos docentes do curso buscaram capacitações *Stricto Sensu* nos últimos anos, especialmente na área da educação, estabelecendo vínculos desses professores com grupos de pesquisas de outras instituições como a UNICAMP, a USP, a UCDB e a UFGD¹⁰.

Considerando a expansão do mundo do trabalho para os enfermeiros, com destaque para o crescimento observado nos serviços de ensino, o bacharelado em enfermagem mantém-se como um curso relevante para o estado e região, associado à licenciatura em enfermagem, que constituir-se-a como referência, sendo de muito privilégio para os enfermeiros formados na UEMS¹⁰.

O Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem, Bacharelado e Licenciatura busca tecer articulações entre a teoria e a prática, não como campos distintos do saber, e sim como espaços que se entrelaçam no espaço educativo ao longo da formação do enfermeiro em suas múltiplas dimensões, sem se restringir à dicotomia teoria e prática. Nesse percurso de formação inicial, os conhecimentos mais gerais do campo da Saúde e das Ciências Humanas e Sociais se articulam com os saberes das Ciências da Enfermagem, iniciando pelas unidades temáticas já do primeiro ano do curso de Enfermagem. Os componentes teóricos ministrados principalmente nas salas de aulas, podem se estender a outros

ambientes, como os virtuais se integram às aulas práticas em laboratórios, em cenários de atenção a saúde (unidades básicas de saúde e os ambientes hospitalares), como também através dos estágios curriculares, tanto para o bacharelado, e para a licenciatura¹⁰.

As aulas práticas apresentam finalidades pedagógicas distintas dos estágios curriculares, cabendo a esse componente da estrutura curricular relevância no processo educativo, em que se aplica o conteúdo teórico, e no caso específico das aulas práticas das Ciências da Enfermagem, o desenvolvimento de destreza e a implementação e ampliação dos conhecimentos obtidos ao longo do curso¹⁰.

Conscientes das constantes mudanças que o país atravessa nas áreas social econômica política e cultural, bem como da realidade do ensino em Enfermagem, o Curso de Enfermagem Bacharelado e Licenciatura da UEMS, adota o estágio curricular supervisionado como estratégia para proporcionar ao aluno uma visão crítica da profissão, com intuito de torná-lo capaz de operacionalizar a teoria em relação à prática, apoiado na legislação vigente, que dispõe sobre o estágio¹⁰.

Com isso para a elaboração de novas propostas pedagógicas, os cursos de graduação com ênfase a área da saúde, tem sido motivados a incluírem, em suas metodologias de ensino, técnicas de ensino que permitam dar conta dos novos perfis exigidos para estes profissionais, cujo profissional deverá estar apto, portanto, à resolução de problemas de saúde, tanto em nível individual como coletivo; a tomar decisões apropriadas; ao exercício da liderança, da administração e do gerenciamento¹³.

Nesse contexto, deve-se considerar o perfil do enfermeiro definido nas DCN/ENF como um indivíduo com formação profissional generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, pautando-se em princípios éticos¹⁴.

Neste cenário surge a metodologia ativa como sendo uma

concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem críticos-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções¹⁵.

Portanto, entende-se que desta forma utiliza-se as metodologias ativas uma vez que é através da problematização como estratégia de ensino/aprendizagem cuja finalidade é motivar o aluno, pois se acredita que diante do problema, ele se detém, examina, reflete e inicia-se o processo de produção do seu próprio conhecimento e assim seu auto desenvolvimento. É um aprendizado a partir da problematização e/ou da resolução de problemas de sua área, portanto é uma das possibilidades de envolvimento ativo dos alunos em seu próprio processo de formação¹⁶.

No PPP 2012 o uso das metodologias ativas não esta escrito de maneira explicita, pois para integrar teoria e pratica, serviço e ensino, as propostas metodológicas usadas na formação dos profissionais devem ser discutidas uma vez que a mudança no processo de ensino aprendizagem é intrincado, pois busca ruptura com modelos tradicionais de ensino e profissionais preocupados com a humanização¹⁷.

É primordial destacar que o mundo global não comporta mais profissionais limitados apenas a sua função, mas necessita que estejam preparados para a vida e sejam capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões frente a qualquer problema/situação, os enfermeiros enquanto profissionais necessitam ser competentes em uma prática mais abrangente, sem se abstrair dos conhecimentos primordiais para o desempenho de sua função¹⁸.

As mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem apresenta um grande desafio, uma vez que

tem como função formar enfermeiros (as) com competência ética e política, como seres sociais ricos em conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, tornando-os capacitados para intervirem em contextos de incertezas e complexidade¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao ensino é observado que ainda a predominância dos docentes é a formação tradicional demandando assim um certo tempo para mudanças, pois a capacitação e a visão ampliada sobre inovações pedagógicas são essenciais para a formação de profissionais críticos, reflexivos, resolutivos e humanistas.

Em síntese constata-se que o PPP 2012 do curso de enfermagem da UEMS-Dourados analisado esta em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação e Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Podemos dizer que o mercado de trabalho exige cada vez mais profissionais qualificados, visto que há uma grande demanda de profissionais de nível técnico nas instituições de saúde por conseguinte um número elevado de escolas disseminadas pelo país para tal formação. A licenciatura no curso de enfermagem proporciona condições ao profissional que são inerentes ao ensino, dando-o um envoltório de perspicácia para a prática do ensino.

Ressaltamos que o curso de licenciatura em enfermagem UEMS-Dourados/MS deva ser preservado, considerando a relevância da formação de licenciados para a enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Sobral FR, Campos CJG. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo (SP), v. 46, p. 2008-218, 2012.
2. Filho NA. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação medica no Brasil Contemporâneo. *Cad. Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, 2010.

3. Ito EE et. al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo (SP), v.40, p. 570-575, 2008

4. Martins GA, Theófilo CR. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*, 2. ed., São Paulo: Atlas, 2009.

5. Brasil. Lei no 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional. *Diário Oficial da União* 1996.

6. Almeida M. *Diretrizes curriculares para os cursos universitários na área de saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.

7. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde - do imaginário ao real*. Viçosa: UFV- Cebes, 1998.

8. Renovato RD et.al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. *Revista Trabalho, Educação, Saúde*. Rio de Janeiro (RJ), v.7, p. 231-248, 2009.

9. Missio L. O entrelaçar dos fios na construção da identidade docente dos professores do curso de enfermagem da Uems. 260 f. *Tese (Doutorado em Educação)* Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

10. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS. *Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem*. Dourados: UEMS, 2011.

11. Cabreira LM *et al*. Egressos do curso de enfermagem da UEMS: um estudo dos formados entre 1998 a 2006. In: *Anais do 12º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEN*. São Paulo: ABEn, 2010.

12. Lopes MMR. A articulação das políticas de educação e de saúde na voz de egressos: análise da formação de enfermeiros, em Dourados-MS. *Dissertação (Mestrado em Educação)*. Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, 2011.

13. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Revista Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina. V.32, n.1, p. 25-40, 2011.

14. Teixeira E et al. *O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o*

ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: MEC/INEP, 2006.

15. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem e comunicação. *Revista ABC Educatio*. São Paulo (SP), v. 62, p. 22-25, 2007.

16. Mitre, SMI et. al. Metodologias ativas de ensino – aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, 2008, p. 2133-244.

17. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*. V. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

18. Ferreira HM. A totalidade do conhecimento da enfermagem: uma abordagem curricular. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo (SP), v. 6, p.56-65, 2003.

19. Xavier I, Fernandes JD, Ceribelli MI. Diretrizes curriculares: articulação do texto e contexto. *Boletim Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem*, v. 44, p. 6-7, 2002.

5. ARTICULAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO: DA FORMAÇÃO SUPERIOR PARA DOCÊNCIA EM SAÚDE EM UMA ABORDAGEM CURRICULAR

Santos, Jair Rosa dos¹

Missio, Lourdes²

Cordeiro, Maria José de Jesus Alves³

¹ Enfermeiro Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Docente Curso de Enfermagem Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados-MS, Brasil, Mestrando em Ensino em Saúde jair@uems.br.

² Enfermeira doutora em educação pela Universidade de Campinas, Docente Curso de Enfermagem Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e docente permanente do mestrado profissional Ensino em Saúde. lourdesmissio@uems.br

Doutorado em Educação – Currículo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Docente do Curso de Pedagogia Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e docente permanente do mestrado profissional Ensino em Saúde maju@uems.br

RESUMO

Introdução: O grande desafio da atualidade é o entrelaçamento entre temáticas complexas que percorrem todo o processo de ensino aprendizagem nas áreas de formação profissional, currículo e a docência em saúde no serviço público, visto que a garantia desse processo dinâmico e transdisciplinar é o de alcançar a meta principal que é a formação de profissionais para a saúde nos moldes do sistema único de saúde (SUS) e suas políticas inovadoras. **Objetivo:** O objetivo principal é articular e contextualizar temas como formação superior para docência em saúde em uma abordagem curricular. **Metodologia:** O presente resumo expandido seguiu os preceitos do estudo exploratório por meio de uma revisão bibliográfica, que apresenta um conteúdo resumido da literatura especializada de um determinado tema, tendo como base citações teóricas científicas, em particular os escritos por profissionais de educação e saúde. Nesse cenário apresenta uma visão abrangente e de grande relevância, podendo dessa forma demonstrar erros e acertos, críticas e defesas tornando a discussão mais interessante.

Resultados: Tal iniciativa deu-se após a leitura, discussão e articulação de temas relacionados à disciplina de currículo em saúde do programa de mestrado ensino em saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Palavras-chave: Ensino; Formação; Currículo.

GT: Currículo em Saúde

INTRODUÇÃO

Desenvolvendo minhas funções profissionais como docente de uma instituição pública de nível superior na área da saúde e acompanhando acadêmicos em campo de aula prática, acredito ser uma ideia começar descrevendo o processo de construção interdisciplinar para formação de profissionais para o SUS. Afinal é dessa forma que se faz uma obra literária.

Este resumo expandido abordará temáticas complexas e polêmicas, porém atuais enfatizando temas como currículo, formação superior e docência em saúde na perspectiva do entrelaçamento e na construção de um saber científico no processo de ensino\aprendizagem para a formação profissional e na atenção a saúde nos moldes do sistema único de saúde (SUS). No decorrer desse processo são apresentadas diversas políticas com o objetivo principal de colaborar para uma qualidade da assistência em saúde, fortalecendo o processo de formação para um sistema de saúde vigente no Brasil.¹

Durante vários anos houve uma diversidade na definição de currículo, o que levou em seu livro Teorias de Currículo a defini-lo como conversa complicada de cada indivíduo com o mundo e consigo mesmo, devendo proporcionar ao sujeito o entendimento dessa experiência, pois o currículo é um texto que tenta direcionar o leitor, porém isso acontece de forma parcial.²

O currículo escolar, habitualmente é refletido como um projeto

educativo universal e globalizado, envolvendo vários aspectos sociais e educacionais, do desenvolvimento pessoal de uma sociedade, das necessidades vitais do indivíduo para seu comportamento social, aptidões e habilidades consideradas essenciais.³

Estudiosos relatam que o processo de aprendizagem apresenta uma complexidade que reflete no conhecimento diverso, caracterizando o aprender individual, motivacional e comportamental, além da docência apresentar – se como mediadora desse processo que reflete sobre o que fiz e o que estou fazendo.⁴

Neste sentido reforça que a ideologia e currículo não apenas se refere à reprodução educacional, mais apresenta tendência de classe que é de imensa importância, não podendo aqui ser ignorada.⁵

O presente resumo expandido seguiu os preceitos do estudo exploratório por meio de uma revisão bibliográfica, que apresenta um conteúdo resumido da literatura especializada de um determinado tema, tendo como base citações teóricas científicas, em particular os escritos por profissionais de educação e saúde. Demonstrando uma visão abrangente e de grande relevância, podendo dessa forma demonstrar erros e acertos, críticas e defesas tornando a discussão mais interessante.

O trabalho será desenvolvido com a utilização dos métodos e procedimento históricos, descrevendo a evolução dos temas aqui abordados, além do processo comparativo, verificando as semelhanças e as divergências temáticas. A investigação se dará pelo método bibliográfico, baseando-se mais em textos selecionados para leitura e discussão em grupos durante os horários de aula que buscava proporcionar o equilíbrio das condutas humanas.

O objetivo principal é articular e contextualizar temas como formação superior para docência em saúde em uma abordagem curricular, tal iniciativa deu-se após a leitura, discussão e articulação de temas relacionados à disciplina de currículo em saúde do programa de mestrado ensino em saúde.

O presente trabalho é classificado como resumo expandido, ancorado em uma revisão bibliográfica exploratória, tendo como

base citações teóricas científicas, em particular os escritos sobre os temas currículo, formação e docência, em especial os abordados na disciplina de currículo em saúde.

Revisão bibliográfica é aquela que apresenta um trabalho resumido da literatura especializada sobre determinado tema. Dando uma visão abrangente de achados relevantes, mostrando a evolução dos conhecimentos, podendo assim apontar os erros e acertos, criticando ou defendendo o que demonstra de mais interessante dentro do tema.⁶

A formação em saúde mostra-se como um processo de grande movimentação em diversas direções, envolvendo-se com situações contraditórias, e conflitantes, mas também na produção de possibilidades de negociação e atribuição de significados que configuram os espaços de aprendizagem em saúde no contexto do SUS e social.⁷

Na construção da docência mediadora no processo de ensino\aprendizagem faz-se necessário o cotidiano reflexivo entre o que eu fiz e o que devo fazer junto aos alunos, profissionais e sociedade.⁴

Originária do latim a palavra currículo é utilizada como sinônimo de carreira ou percurso, caracterizada por sua apresentação e representação.³

O currículo pode ser considerado uma perspectiva da centralidade dos saberes podendo ser o caminho privilegiado na educação escolarizada, procurando estreitar as fronteiras não só entre os conhecimentos, mas entre esses saberes e os saberes cotidianos, verificando dessa forma uma democratização curricular contemplando vários saberes.⁸

O conhecimento não é um ato individualizado, mas sim um processo construtivo entre educadores e educandos, na formação dialógica de conhecimento do mundo. Portanto considera-se que a educação é uma área de pensamentos e práticas de projeção de ideias individuais e coletivas, ideologias e valores que almeja ser desenvolvidos para ser compartilhado com o outro em suas propostas impostas ou ocultas.⁹

Dialogando com as ideias de Freire, apresentamos as interlocuções apresenta relatos que tanta projeção e carga ideológica geram por si mesmas um discurso, uma linguagem que costuma, com demasiada frequência, desligar-se da realidade e ganhar autonomia própria.³

Dessa forma fica evidente que, para descobrir a realidade, é preciso ir além do discurso que se elabora sobre a mesma. A realidade educativa ainda é muito obscura, aí a necessidade de um exame analítico e não apenas nas impressões.

Nessa perspectiva sociológica para integração curricular da saúde, na formação profissional destacam-se ainda a necessidade de humanização do conhecimento em um processo construtivo, gradual, que se realiza através do elucidar conhecimentos e sentimentos, com a finalidade de humanizar a ação para o ato de cuidar. Conclui-se que historicamente o professor recebe essa identidade de docente, pelo seu dinamismo mutável, resultado de um processo de experiências concretas, determinando suas ações com suas realidades vivenciadas e desenvolvidas no seu cotidiano. Não podemos aqui deixar de afirmar que o ser docente é apresentado como alguém que deve ajudar o próximo, ensinar para a vida e ser mediador de conhecimentos, estudos e sempre interagindo e dialogando com seus alunos, para que o ser humano seja visualizado de forma holística e jamais fragmentado.

O planejamento do currículo tem como finalidade organizar e integrar as disciplinas, e que estas devam partir do conhecimento da realidade na qual o curso está inserido, refletir esta realidade e fundamentar a construção da proposta curricular, bem como sua implantação, acompanhamento e avaliação. No entanto, não há como almejar a transformação sem mudanças efetivas.

Faz-se necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas, acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, a construir.

Neste contexto o hibridismo se resume em uma característica formativa de um currículo por conceitos, valores individuais de características sociais e culturais diferentes, questões

que vão ao encontro de uma construção democrática do currículo.

Assim, de forma integrada, a área de saúde assumiu como referencial básico o paradigma emergente para orientar a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e, conseqüentemente para fundamentar a construção dos Projetos Políticos Pedagógicos. Este paradigma representa a relação dialética entre saúde e educação superior como geradora de um objeto relacional e indissociável. Isso imprimiu identidade à formação dos discentes, o que demandou a adoção de princípios, estratégias e ações contemporâneas inovadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva.** In: SOUZA, G.W et al. (org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.p.149 – 182.
- 2 - LOPES, A.C.; MACEDO. E. **Teorias de currículo.** São Paulo: Cortez, 2011. Apoio; Faperj
- 3 – SACRISTAN, J.G.; GOMEZ, A.I.P. **Compreender e transformar o ensino;** traduzido por ROSA, E.F. F – 4. ed.- Artmed, 1998.
- 4 - BATISTA, S.H.S. S.; ROSSIT, R.A.S. **Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências as teorias em construção.** In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S. (orgs). Docência em saúde: temas experiências. 2. ed. São Paulo: SENAC-SP,2014.
- 5 – TADEU, T.; MOREIRA, F.A, (orgs). 12. ed. - São Paulo: Cortez, 2013.
- 6 – VIEIRA, S.; HOSSNE, W. A. Metodologia científica para área da saúde. Editora Campus, 2ª. Ed., 2001.
- 7 - BATISTA,S.H.S.S.;BATISTA,N.A.Formação em saúde e educação interprofissional: possibilidades e desafios. In Rosito, M.M.B.; MORENO, L.V. A, (orgs). Sujeitos na educação e saúde:

desafios na temporaneidade. São Paulo: Loyola, 2007.p.307-224.

8 - GODOY, Elenilton Vieira; SANTOS, Vinicius de Macedo. Um olhar sobre a cultura. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 03. 2014, p. 15-41.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

6. FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA COMO EDUCADOR: REFLEXÕES

Autora¹ – Renata Martins Castro Rosa¹

Autora² - Profa. Dra. Ednéia Albino Nunes Cerchiari²

Autora³ - Profa. Dra. Vivian Rahmeier Fietz³

Autora⁴ - Elaine Aparecida M.T. Watanabe⁴

¹ Estudante do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: renatamartins@ufgd.edu.br

² Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: edcer@terra.com.br

³ Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: vivian@uems.br

⁴ Professora do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: ewatanabe@uems.br

RESUMO

Introdução: A promoção de hábitos alimentares saudáveis é uma prática inerente à profissão do nutricionista, o que exige que este profissional tenha papel atuante como educador, sendo agente e propiciador de mudanças, articulando saberes técnicos e populares. É impossível separar a cultura alimentar da ciência da nutrição, sendo assim, a educação alimentar e nutricional é uma busca compartilhada entre educadores e educandos, de novas formas e novos sentidos para o ato de comer, por meio do qual as pessoas possam construir valores e conhecimentos. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo refletir sobre a formação dos profissionais nutricionistas como educadores e as impressões da primeira autora como estudante do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória. **Resultados e discussão:** Assim como em outras profissões da área da saúde os currículos dos cursos de

nutrição ainda se apresentam moldados sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico dominante, repercutindo na dificuldade de articular os conhecimentos biológicos da nutrição com sua dimensão social, prejudicando a percepção da totalidade do fenômeno. A proposta do Projeto Pedagógico do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UEMS está comprometida com a formação de recursos humanos em nível de Pós-Graduação *stricto sensu* para o avanço do ensino na saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS. **Conclusão:** A partir das reflexões levantadas pelas aulas do curso de mestrado foi possível perceber como a educação é algo inerente à profissão do nutricionista e como o ensino fragmentado que leva à dissociação entre a teoria e a prática muitas vezes reduz a atuação do nutricionista à transmissão de conhecimentos desconexos da realidade das populações atendidas.

GT: Currículo em saúde

INTRODUÇÃO

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, tornando o conhecimento fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica¹.

O debate sobre a formação inadequada dos profissionais de saúde e sobre a necessidade de modificações nas orientações curriculares se intensificou no Brasil pelo advento da reforma sanitária e pelas demandas da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a elaboração, execução e avaliação participativa (gestores, professores e alunos) de métodos e estratégias pedagógicas inovadoras, valorizando o vínculo entre as universidades e os serviços de saúde, bem como a inclusão do

princípio da integralidade como um eixo da formação em saúde².

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações³.

No primeiro semestre de 2015 iniciaram-se as aulas do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UEMS e a partir das reflexões propostas nas aulas de todas as disciplinas foi possível vivenciar estes desconfortos citados pelo autor acima. Atuo como nutricionista clínica no HUGD/EBSERH há cinco anos e um aspecto que pude verificar é como minha atuação está centrada na utilização de conhecimentos técnicos, desconsiderando meu papel como educadora, e como isso está relacionado à minha formação profissional até o início do curso de mestrado.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis é uma prática inerente à profissão do nutricionista, o que exige papel atuante de educador, sendo agente e propiciador de mudanças⁴. A ação do nutricionista neste campo refere-se à articulação de saberes técnicos e populares. Essa implica transcender modelos tradicionais de atuação em nutrição, através da criação de espaços democráticos e participativos que possam estabelecer uma aproximação com a realidade dos indivíduos e das populações com o objetivo de tentar responder melhor às demandas de saúde e nutrição. Dessa forma, abordagens persuasivas e ações verticais devem ser substituídas por estratégias mais amplas provenientes da relação profissional-paciente⁵.

É impossível separar a cultura alimentar da ciência da nutrição, sendo assim, a educação alimentar e nutricional será sempre uma busca compartilhada entre educadores e educandos, de novas formas e novos sentidos para o ato de comer, por meio do qual as pessoas possam construir valores e conhecimentos, dar um novo significado a práticas cotidianas e desenvolver estratégias que proporcionem condições para alimentar-se de forma saudável⁶.

Assim, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre a formação do nutricionista como educador a partir da vivência da primeira autora enquanto estudante do curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde.

2. METODOLOGIA

Se trata de uma pesquisa bibliográfica exploratória realizada através da busca em artigos e livros publicados entre 2004 e 2013 sobre a formação do nutricionista, a abordagem da disciplina de educação alimentar e nutricional durante a graduação, aspectos sobre as diretrizes curriculares do curso de nutrição, além do projeto político pedagógico do mestrado de ensino em saúde da UEMS a fim de embasar a reflexão sobre o despertar ocorrido ao longo das aulas do curso de mestrado, iniciadas no primeiro semestre de 2015, sobre o papel de educador do nutricionista.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Nutrição (DCNCN), instituídas pelo Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior (Parecer n.5 de 7/11/2001), determinam que os conteúdos curriculares desse curso contemplem as ciências sociais e humanas, que são áreas de conhecimentos que abordam a educação e estabelecem que o ensino deva ser crítico, reflexivo, criativo, além de conter atividades teóricas e práticas desde o início, assegurando a definição de

estratégias pedagógicas que articulem ensino/pesquisa/extensão-assistência⁷.

Essas estratégias visam principalmente contribuir para a reorientação do modelo de educação, investindo na integralidade da atenção à saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS, visando a formação de profissionais mais capacitados para atuar neste cenário. Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral e demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas⁸.

No que tange a adoção do modelo de atenção sob o enfoque da integralidade, o desafio imposto aos nutricionistas remete a mudanças estruturais, que têm início na própria formação acadêmica do profissional. Apesar das Diretrizes Curriculares do curso de nutrição terem sido publicadas em 2001 o que se percebe na prática é que os currículos dos cursos de nutrição se apresentam moldados sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico dominante. Com isso existe deficiente abordagem prestada às questões políticas, socioeconômicas e culturais necessárias, não somente para a construção de uma análise crítica a respeito da conjuntura alimentar dos grupos populacionais, mas para as medidas de atenção em saúde. A repercussão desse fato está na dificuldade de articular os conhecimentos biológicos da nutrição com sua dimensão social, prejudicando a percepção da totalidade do fenômeno⁵.

O conceito de educação alimentar e nutricional (EAN) trata de um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando ao acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social⁶.

Enquanto disciplina e campo de prática, a EAN integra o currículo obrigatório dos cursos de graduação em Nutrição,

entretanto há vários desafios relacionados a esta disciplina, como: insuficiência de métodos de ensino específicos para a EAN; financiamento reduzido destinado à pesquisa; dificuldades de articulações entre campos do conhecimento como a sociologia e a antropologia da alimentação, a ética e a filosofia; escassa utilização de referenciais teóricos da área de pedagogia e educação; hegemonia da abordagem biomédica; dificuldades em tornar a EAN “transversal” no projeto pedagógico; fragilidade nas articulações entre ensino, pesquisa e extensão; dificuldade em tornar a EAN como um eixo importante de reflexão para outras disciplinas curriculares do curso de graduação; número insuficiente de docentes com formação específica e experiência em EAN; pouca produção científica e estudos de impacto. Em suma, a estrutura curricular não responde ao contexto e desafios atuais e há necessidade de se repensar tanto esta formação específica como os projetos político-pedagógicos das instituições⁹.

Além de possuir o papel de transmitir informações e comunicar conceitos de nutrição, a educação alimentar e nutricional deve penetrar na história de vida, inserção social do sujeito, cultura e significados afetivos que dão sentido às práticas da alimentação^{6,5}.

Na perspectiva de educar, não se pode ter como única expectativa que as pessoas mudem algumas práticas do seu cotidiano, a fim de melhorar os indicadores de saúde. Apenas instruir sobre como proceder, reduzindo o fenômeno da alimentação quanto ao que comer ao que comprar e como preparar, pode tornar-se ineficaz, já que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, destituindo o seu comer dos significados a ele inerentes⁶.

Estas ações buscam o direito humano à alimentação adequada, o qual, de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, é apresentado como direito fundamental inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, os quais devem ser garantidos por meio de políticas, programas e ações de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (SANS), definidas, como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a

alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis¹⁰.

A relação teórico-prática é importante desde o primeiro ano da graduação independentemente da disciplina, para que o aluno consiga estabelecê-la em todas as suas ações ao longo do curso. Não cabe somente à disciplina educação nutricional e aos seus docentes o papel do despertar da educação enquanto essencialidade da prática profissional, não podendo ser considerada como responsabilidade dessa disciplina. A docência em educação nutricional precisa que o professor tenha uma formação que transcende a área de nutrição e precisa ser obtida na área de ciências humanas ou em áreas que têm interfaces com as ciências humanas. No entanto, os demais docentes devem estar cientes do papel de educador que o nutricionista exercerá, em qualquer área de atuação⁷.

Em uma pesquisa foram realizadas entrevistas com 11 docentes da disciplina Educação Nutricional de algumas instituições de nível superior do Estado de São Paulo com o objetivo de apresentar e analisar criticamente as diversas concepções que professores universitários responsáveis pela disciplina educação nutricional têm de atividade prática e como entendem a relação teoria-prática. Os resultados obtidos mostram que os docentes apresentaram pensamentos similares em relação à importância da prática, porém concepções variadas de atividade prática em educação nutricional. Algumas consideram que atividades práticas são suficientes para a formação do aluno e não buscam fundamentação teórica em ciências humanas e sociais para embasar suas aulas. Observou-se ainda hipervalorização da prática em detrimento da teoria, o que contribui para comprometer a efetivação da relação teoria-prática⁷.

São necessárias reformulações das práticas em nutrição e saúde com a finalidade de torná-las mais humanizadas. Essas reformulações devem abranger tanto o currículo dos cursos de

nutrição, de modo que resulte em menor fragmentação do conhecimento e maior interdisciplinaridade, perpassando pelo aperfeiçoamento docente, bem como dos gestores e profissionais já inseridos no setor; pela reforma dos serviços de saúde; pela melhoria das condições ocupacionais e da assistência aos profissionais de saúde; quanto a criação de espaços nesses serviços voltados para a reflexão e para a educação em nutrição e saúde dos usuários e pela possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso¹¹.

Ao analisar o Projeto Pedagógico do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde, verifica-se que o curso busca formar profissionais com visão crítica, ética e reflexiva, capazes de realizar cuidado em saúde no contexto do SUS, de forma fundamentada e sistematizada, com visão integral do ser humano, atendendo às peculiaridades regionais, capazes de produzir conhecimento sobre ensino em saúde, intervindo sobre os problemas da prática profissional e implementando ações transformadoras nos cenários da prática¹².

A proposta aprovada está comprometida com a formação de recursos humanos em nível de pós-graduação *stricto sensu* para o avanço do ensino na saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS. O caráter interdisciplinar constitui uma das premissas, articulando as áreas de Educação e Saúde. Além disso, o projeto de intervenção deve prioritariamente focalizar investigações relacionadas à prática do Ensino em Saúde na sua interface com os serviços de saúde¹².

Tendo em vista a formação tecnicista do nutricionista, faz-se necessária a explicitação de abordagens baseadas na autonomia e liberdade dos indivíduos que possam nortear uma atuação integral ao paciente. Devido à sobrecarga de trabalho e a priorização de outras etapas do atendimento nutricional, a educação alimentar e nutricional na maior parte das vezes não é o foco da atuação do nutricionista em hospital. A articulação entre as áreas de Educação e Saúde proposta pelo curso me levou a um despertar sobre a relação entre estas duas áreas de conhecimento.

4. CONCLUSÃO

O curso de graduação em nutrição deve ser o responsável por estimular a reflexão e proporcionar ao aluno a experiência real de um educador. As diretrizes curriculares propõem uma grande mudança na forma como são conduzidos os cursos de graduação, entretanto, na prática ainda se percebe o ensino fragmentado, sem a integração de ensino e prática, e desconexo da realidade da população. São necessárias mudanças nos currículos dos cursos para que sejam formados profissionais comprometidos com a integralidade do atendimento à população, que contribuam no plano social e político, e que não se limitem a ações curativas ou preventivas que desconsiderem a história de vida, os interesses e os saberes prévios dos indivíduos envolvidos, tendo como finalidade melhorar as condições de alimentação, promovendo uma vida saudável e qualidade de vida à população. A interação entre as áreas de Saúde e Educação ficam mais claras para mim com o passar de cada aula do mestrado, assim como cresce a necessidade de transformar minha prática profissional. O foco tecnicista da formação do nutricionista faz com que a educação alimentar e nutricional seja colocada em segundo plano durante sua atuação, desta forma meu Projeto de Pesquisa do Mestrado consiste no desenvolvimento de material educativo de aconselhamento dietético, que se trata de uma intervenção de educação alimentar e nutricional, para ser utilizado no atendimento aos pacientes adultos/idosos atendidos pela unidade de nutrição clínica HUGD/EBSERH, como uma tentativa de tornar a prática dos profissionais que atuam neste hospital mais humanizada condizente com as posturas do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Mitre SM, Siqueira BR, Girardi MJM, Moraes PNM, Meirelles CAB, Pinto PC. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico internet]. 2008 [acesso em 05 ago 2015];13 (2): 2133-2144. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018.
2. Soares NT, Aguiar AC. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Rev. Nutr.* [periódico internet]. 2010[acesso em 07 ago 2015]; 23(5): 895-905. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000500019&lng=en&nrm=iso.
3. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* [periódico internet]. 2005 [acesso em 20 ago 2015]; 161-177. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>.
4. Boog MCF. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. *Saúde Rev. Piracicaba*; [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 22 ago 2015]; 6(13): 17-23. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art02.pdf>.
5. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública* [periódico internet]. 2007 [acesso em 05 ago 2015]; 23(7): 1674-1681. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010211X2007000700019&script=sci_abs&tlng=pt.
6. Boog MCF. Educação em Nutrição: integrando experiências. Campinas: Komedi; 2013.
7. Franco AC, Boog MCF. Relação teoria-prática no ensino de educação nutricional. *Rev. Nutr.* [periódico na Internet]. 2007

[acesso em 23 ago 2015]; 20(6): 643-655. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000600007.

8. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde soc. [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 22 ago 2015]; 20(4): 884-899.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en.

9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília 2012; 37-40p.

10. Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.346. Brasília 2006.

11. Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Freitas MCS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. Rev. Nutr. [periódico internet]. 2011 [acesso em 25 ago 2015] ; 24(5): 743-763. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000500008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000500008>.

12. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Projeto Pedagógico Do Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual De Mato Grosso Do Sul, na Unidade Universitária De Dourados. Dourados;2012.

7. A QUESTÃO CULTURAL INSERIDA NO CURRÍCULO: REFLETINDO AS INFLUÊNCIAS CULTURAIS

Simone de Deus Anzoategui¹

Lourdes Missio²

Maria José Alves de Jesus Cordeiro³

¹Estudante do Programa de Mestrado Profissional em Ensino e Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados. E-mail: symonededeus@hotmail.com. Relator.

²Doutora em Educação. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: lourdesmissio@uems.br

³Doutora em Educação. Docente Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino e Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: maju@uems.br

RESUMO

Introdução: Considerando o currículo como instrumento educacional fundamental, a discussão sobre a influência cultural nos currículos torna-se necessária, incluindo as questões que envolvem a relação de poder, para que a partir disso possam ser realizadas mudanças positivas que possibilitem a inserção de aspectos culturais e sociais de forma que não haja predomínio de determinados grupos de poder. O despertar para essa temática deu-se a partir das discussões realizadas na disciplina de Currículo em Saúde, do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde. **Objetivo:** Este trabalho se propôs a dialogar, através de textos relacionados à temática, sobre a influência dos aspectos culturais nos currículos escolares, perpassando por questões que envolvem a relação de poder existente neste meio. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa bibliográfica em base de dados e livros, que tratassem sobre o tema currículo, cultura e educação. **Resultados:** Através dos textos utilizados, foi possível identificar as questões culturais inseridas nos currículos, bem como a predominância de valores e conceitos de grupos

dominantes. No entanto, foi possível verificar que modificações são necessárias e possíveis, para que dessa forma o currículo possa ser organizado de forma mais igualitária. Por fim, acredita-se que a influência cultural, é presente no currículo mas, no entanto, há uma necessidade de que ela seja mais igualitária. Acredita-se que tal fato é possível e que essa discussão deve ser constante nos meios acadêmicos, entre professores, alunos, pais e sociedade em geral.

Palavras Chaves: currículo, educação, características culturais.

GT: Currículo em Saúde.

INTRODUÇÃO

O currículo escolar, habitualmente reflete um projeto educativo globalizado, envolvendo vários aspectos da cultura, do desenvolvimento pessoal e social, das necessidades vitais do indivíduo para seu comportamento em sociedade, aptidões e habilidades consideradas essenciais⁽¹⁾.

No que diz respeito aos aspectos culturais, Apple⁽²⁾, relata que existe a prevalência de conhecimentos de alguns grupos sobre outros, revelando algo importante sobre as questões de poder existentes na sociedade.

Além disso, as mudanças ocorridas nos campos social e cultural e, principalmente, na percepção da importância da cultura para pensar o mundo contemporâneo, ao exercer sua influência no pensamento da educação escolar e atingindo o currículo, possibilita identifica-lo como uma arena de luta, mantendo uma relação muito próxima com o social e o cultural⁽³⁾.

Dessa forma, a discussão sobre a influência cultural nos currículos torna-se necessária, incluindo as questões que envolvem a relação de poder, para que, a partir disso, possam ser realizadas mudanças positivas que possibilitem a inserção de aspectos culturais e sociais de forma que não haja predomínio de determinados

grupos de poder. O interesse pela temática surgiu a partir das discussões realizadas na disciplina de Currículo em Saúde, cursado no primeiro semestre do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde.

OBJETIVO

Este trabalho possui como objetivo, discorrer sobre a influência dos aspectos culturais sobre os currículos escolares, perpassando ainda pelas questões que envolvem a relação de poder existente neste meio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa bibliográfica. A partir das discussões realizadas na disciplina de Currículo em Saúde, buscou-se em base de dados e em livros sobre os temas currículo, cultura e educação.

CURRÍCULO E SUAS RELAÇÕES CULTURAIS E DE PODER

A forma e o conteúdo do currículo, as relações sociais dentro da sala de aula e as maneiras pelas quais são conceituadas, enquanto expressões culturais de determinados grupos em algumas instituições e em épocas específicas devem ser analisadas de forma minuciosa. As instituições educacionais ajudam a produzir o tipo de conhecimento necessário à manutenção das composições econômicas, políticas e culturais vigentes⁽²⁾.

Nesse contexto, Sacristan⁽¹⁾ discorre:

Qualquer faceta da cultura é objeto de ponderações diferentes na sociedade, é apreciada de forma peculiar por diferentes classes e grupos sociais e está relacionada a interesses muito diversos. Os aspectos

intelectuais são valorizados mais do que os manuais, por exemplo pensa-se que determinados saberes são básicos para o progresso pessoal e social e que outros são cultura acessória. Estas valorizações desiguais são diferentes por sua vez, entre os diversos grupos culturais, classes sócias etc. o que introduz problemas quando os cidadãos de qualquer classe e condição têm que se submeter a um mesmo currículo.⁽¹⁾

Considerar o currículo escolar na perspectiva da centralidade da cultura pode ser o caminho para se montar o quebra-cabeça dos saberes que devem ser privilegiados na educação escolarizada, procurando estreitar as fronteiras não só entre os conhecimentos das diferentes disciplinas escolares, mas entre esses saberes e os saberes cotidianos⁽³⁾. Assim, verifica-se que é necessário que ocorra uma democratização do currículo escolar, para que ele possa contemplar os vários saberes e não apenas conhecimentos de interesses políticos e econômicos.

Porém, buscar componentes curriculares que constituam a base da cultura básica, que formará o conteúdo obrigatório, não é fácil e implica alguns conflitos, pois diferentes grupos e classes sociais se identificam e esperam mais de determinados componentes do que de outros⁽¹⁾. Segundo Moreira e Candau⁽⁴⁾, as relações entre escola e cultura não podem ser concebidas como dois pólos independentes, mas sim como universos entrelaçados, cabendo indagar por que hoje essa constatação parece se revestir de novidade, sendo mesmo vista por vários autores como especialmente desafiadora para as práticas educativas. Certamente, as relações de poder, tornam essa relação desafiadora.

Para que aconteça um avanço em relação a predominância de aspectos culturais de um grupo específico, é necessário que o sistema de conceitos e valores gerados por essa sociedade, seja

questionado de várias maneiras. No entanto, esse trabalho não é fácil de ser realizado, pois uma significativa parte do aparato cultural dessa sociedade está organizada de forma a não nos permitir uma visão clara do que está realmente ocorrendo. Portanto, é ainda mais importante que seja feito o trabalho de escavação cultural, aonde sejam revelados os momentos positivos e negativos do poder, resgatando para nossas memórias coletivas o significado do poder cultural diferencial para uma sociedade em crise⁽²⁾.

Em relação às transformações que seriam necessárias e positivas, no sentido de igualdade, concordamos com Godoy e Santos⁽³⁾, quando relatam que acreditam que a relação dialética entre saber e poder ajuda medir e entender a dimensão se não exata, mas muito próxima disso, do valor e da importância do conhecimento, seja ele científico ou de outra natureza, na sociedade contemporânea. Esta sociedade, segundo eles, tecnológica e informacional, em que o capital cultural, por intermédio do imaterial, transforma, cada vez mais, as relações trabalhistas, econômicas, políticas, sociais e culturais⁽³⁾.

Conforme afirma Sacristan⁽¹⁾ sabe-se que existem oportunidades desiguais ante o currículo que se devem a diferenças nos sujeitos, explicáveis por sua origem social e cultural e, dessa forma o currículo deve se tornar, pelo menos, um elemento de compensação, já que não poderá sê-lo nunca de total igualização. Acredita-se, assim como Sacristan⁽¹⁾, que seja a igualdade realmente difícil, pois cada indivíduo possui aspectos únicos, que vão desde a questão familiar, passando pela cultural e questões sociais, mas é necessário que não haja valorização de uma cultura sobre a outra.

Existe um apelo pelo retorno da cultura comum, aonde os valores de um determinado grupo são repassados para todos os alunos, que para Apple⁽²⁾, não é realmente uma cultura comum. Para o autor, uma cultura realmente comum não deverá disseminar de forma geral, para todas as pessoas, aquilo que apenas uma minoria acredita. Essa cultura realmente comum, não deve impor padrões e conceitos, mas sim possuir condições necessárias para que todos possam participar da formulação e reformulação de conceitos e valores⁽²⁾.

Certamente que um currículo construído através de conceitos e valores diversificados, seria mais democrático e permitiria que as questões culturais fossem valorizadas, bem como respeitaria os conhecimentos e vivências de cada indivíduo.

Essa questão é reforçada por Moreira e Candau⁽⁴⁾, quando afirmam o desejo de que além da crítica cultural, exista a expansão do horizonte cultural do(a) aluno(a) e o maior aproveitamento possível dos recursos culturais da comunidade em que a escola está inserida.

Em relação ao currículo e questões culturais, outro termo bastante pertinente é o hibridismo, que é intrínseco à recontextualização de políticas curriculares. Ao pretenderem determinados desenvolvimentos simbólicos, obter consenso para uma dada ordem e ou para uma transformação social desejada, as políticas de currículo legitimam certos discursos, mas igualmente constituem a sua própria legitimidade pela bricolagem de discursos legitimados em outros contextos, o que gera, por sua vez, híbridos culturais, com novos conceitos ou novos sentidos para velhos conceitos⁽⁵⁾.

Considerando a escola como produtora de competências, capacidades e habilidades, pode-se considerar a mesma como um local singularizado em relação às ações de intervenção cultural do processo de transformação social. As decisões relacionadas aos currículos necessitam de um enfoque que englobe a cultura de maneira abrangente, incluindo pluralidade cultural e hibridização, visto que a abordagem apenas local muitas vezes não é suficiente para alcançar todo o processo curricular⁽⁶⁾. Neste sentido, acreditamos assim como Moreira⁽⁶⁾, “que esse fato se justifica já que nas escolas, o currículo funciona, tanto política quanto praticamente, segundo parâmetros de classe social, de raça, de gênero de identidade de aldeia global”.

Ainda segundo Marcos e Paiva⁽⁵⁾, enquanto o entendimento de cultura na contemporaneidade e dos processos sociais e políticos que a constituem, o conceito de hibridismos abre perspectivas de análise para se penetrar na complexidade desses processos no

sentido da apreensão de elementos de contestação e de resistência que possam conduzir senão a mudança social, pelo menos ao questionamento das relações de poder que projetam a injustiça, a desigualdade, a dominação racial, cultural, econômica e política da nossa sociedade.

Assim, o hibridismo resume e caracteriza a formação de um currículo por conceitos, valores e indivíduos de características sociais e culturais diferentes, questões que vão ao encontro de uma construção culturalmente democrática do currículo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do currículo é algo abrangente, que deveria permitir a igualdade em relação às questões culturais e especificidades de cada indivíduo. No entanto, o que se verifica é uma imposição de conceitos e valores culturais referentes a uma classe dominante.

Este fato pode acarretar, como foi possível verificar através dos autores utilizados neste trabalho, em um rendimento diferente entre os alunos, visto que há uma valorização maior de determinados conhecimentos e dificilmente existe uma relevância para cada indivíduo, conforme suas vivências. No entanto, é possível perceber a importância do papel da escola, neste contexto social de diversidade cultural, pensando-se na formação do indivíduo.

Por fim, acredita-se que a influência cultural, é presente no currículo, no entanto há uma necessidade de que ela seja mais igualitária. Acredita-se que tal fato é possível e que essa discussão deve ser constante nos meios acadêmicos, entre professores, alunos, pais e sociedade em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sacristán, JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Tradução: Ernani F. da F. Rosa, 3ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2000. 352p.

2. Apple M. Currículo, cultura e sociedade. In: Moreira, AF, Silva TT (Org). 2ª edição, São Paulo: Editora Cortez, 2013.
3. Godoy EV, Santos VM. Um olhar sobre a cultura. Ed em Rev, Belo Horizonte, 2014, 03, p. 15-41 [Acesso em 12 de mai 2015]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/edur/v30n3/v30n3a02.pdf>
4. Moreira AFB, Candau VM. Educação Escolar e Cultura (s): Construindo caminhos. Rev Bras de Ed, 2003, n. 23. p. 156-168 [Acesso em 10 mai 2015]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a11.pdf>
5. Matos MC, Paiva, EV. Hibridismo e currículo: ambivalências e possibilidades. Cur sem Front , 2007, v 7, n 2, p. 185-201.
6. Moreira, AFB. Currículo e gestão: Propondo uma parceria. Ens Aval Polít Públ Ed, 2013, v 21, n 80, p.547-562 [Acesso em 23 ago 2015]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v21n80/a09v21n80.pdf>

8. FOTOPROTEÇÃO SOLAR: UM TEMA INTERDISCIPLINAR

Camila Panzetti Alonso¹

Rogério Dias Renovato²

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação, Stricto Sensu, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, UEMS. Email: capanzetti@yahoo.com.br

²Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação, Stricto Sensu, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, UEMS. Email: rrenovato@uol.com.br

RESUMO

Introdução: A utilização de medidas de fotoproteção é importante para a prevenção de problemas relacionados à exposição solar, incluindo o Câncer de Pele. A exposição à radiação ultravioleta (UV) pode causar lesões no DNA e alterações nas estruturas celulares, estando relacionada com o fotoenvelhecimento e aparecimento de hiperpigmentações. Entre as medidas fotoprotetoras, está a utilização de protetores solares, que são produtos destinados a proteger a pele da ação nociva da radiação UV. O mecanismo pelo qual impede os efeitos nocivos da radiação está relacionado com conhecimentos de Biologia, Química e Física sendo desta maneira, objeto de estudos interdisciplinares. **Objetivo:** Investigar a temática Fotoproteção e suas possibilidades, potencialidades e articulações com o ensino da Biologia, Física e Química, em espaços escolares, na perspectiva da interdisciplinaridade. **Metodologia:** o trabalho trata de um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa bibliográfica. As publicações foram pesquisadas nos sites da Scielo, Medline, Lilacs, em bancos de teses e dissertações e em livros, que tratassem sobre o tema fotoproteção, interdisciplinaridade e ensino em ciências, publicados no período de 2005 a 2015. **Resultados:** As radiações solares UV que merecem destaque são a UVA e a UVB, pois atingem epiderme e derme, sendo as responsáveis pelos danos causados pela exposição solar e pelo Câncer de Pele. Esta informação permite

relacionar os raios ultravioletas com conhecimentos de Biologia, já que envolve estruturas celulares da pele e com a Física, pela discussão da emissão de radiação pelo Sol e seu comprimento de onda. A utilização de protetores solares é uma medida preventiva eficaz durante a exposição solar, pois em sua composição encontramos substâncias químicas que refletem os raios UVA e UVB, formando uma película sobre a pele e outras que os absorvem, através de anéis aromáticos. Este mecanismo de proteção solar relaciona conhecimentos de Química inorgânica e orgânica e suas estruturas. A fotoproteção proporciona, ainda, a discussão do Ensino em Saúde, pois é uma medida que atua na prevenção de Câncer de Pele. A proposta de utilização interdisciplinar do tema se faz importante, pois o mesmo faz parte do cotidiano das pessoas e possibilita diálogo entre as Ciências e o Ensino em Saúde, favorecendo a integração e o trabalho em equipe entre os docentes responsáveis pelo ensino, vindo ao encontro com o previsto nos Parâmetros Curriculares Nacionais, que trata a saúde como um tema transversal.

GT: Educação básica e Ensino em Saúde

9. RISCOS E BENEFÍCIOS SOBRE A FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO

Luiza Rahmeier Fietz¹

Gabriela Markus²

¹ Estudante do curso de Odontologia da Unigran
Email: luizafietz2@gmail.com

Introdução: A cárie é uma doença multifatorial e acomete muitas pessoas, especialmente crianças. O flúor é considerado um importante fator na sua prevenção. **Objetivo:** analisar por meio da literatura se existem controvérsias sobre a fluoretação da água de abastecimento público. **Metodologia:** O levantamento foi realizado por meio de uma revisão de literatura a respeito desse assunto. **Resultados:** Notou-se que a maioria dos autores concordam ser efetiva a fluoretação da água. Porém, existe uma unanimidade na discussão das políticas públicas, ou seja, esse setor precisa se responsabilizar para que os princípios da universalidade e a equidade sejam atendidos entre a população. Os autores entenderam também que a fluoretação da água é muito mais importante e imprescindível entre os de menor poder aquisitivo e devido ao baixo acesso a rede pública de saúde, para um atendimento odontológico adequado. Também se notou entre os autores que o acesso à água fluoretada deve acontecer desde o nascimento para ter uma efetividade permanente. Dentre os aspectos negativos observou-se a associação da fluoretação da água com o desenvolvimento de fluorose dentária e osteossarcoma. Cabe destacar que este aspecto gerou a revogação da lei que estabelecia a fluoretação obrigatória no abastecimento público da água. De maneira geral, a fluoretação da água é um fator positivo para prevenção da cárie dentária, superando os riscos.

GT – 5 Educação Básica e Ensino em Saúde.

10. SAUDE NA ESCOLA: PERFIL HISTÓRICO

Camila Panzetti Alonso¹

Rogério Dias Renovato²

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação, Stricto Senso, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, UEMS. Email: capanzetti@yahoo.com.br

²Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação, Stricto Senso, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, UEMS. Email: rrenovato@uol.com.br

RESUMO

Introdução: A Escola Nova, surgida na década de 1920, foi um marco histórico no sentido de introduzir a Saúde no contexto escolar, porém a visão positivista da Escola Nova tinha como objetivo moldar as pessoas. Tinha como foco a criança, acreditando que as mesmas seriam “realmente educáveis”. Ao traçar o perfil histórico da saúde na escola é possível verificar que, com o passar dos anos, a relação saúde e escola passaram por diversas situações e modificações e que estas ações estão refletidas nos dias atuais. **Objetivo:** Descrever o percurso histórico da Saúde na Escola brasileira, no século XX. **Metodologia:** o trabalho trata de um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa bibliográfica. As publicações foram pesquisadas nos sites da Scielo, Medline, Lilacs, em bancos de teses e dissertações e em livros, que tratassem sobre o tema saúde na escola, utilizando como palavras chaves educação em saúde e educação sanitária. Como referencial teórico, nos aproximamos de Michel Foucault, em relação às categorias de descontinuidades e acontecimentalização. **Resultados:** durante a década de 1920, o movimento Escola Nova, cujo objetivo era a educação sanitária, com a finalidade de promover uma “consciência sanitária” na população, instaurando a era da higiene e a inspeção sanitária, que ficaria a cargo das professoras primárias e também dos médicos de inspeção escolar. Na década de 1930, com a criação do

Ministério da Educação e Saúde Pública e, sob forte influência da Escola Nova, há um reforço no papel de modelar hábitos nas escolas. Na década de 1940, no caso SESP, verifica-se novamente o papel das professoras primárias como educadoras de saúde e o foco voltado às crianças, através da criação dos Clubes de Saúde, que envolviam estudantes e a comunidade. A partir da década de 1950 inicia-se um processo de desarticulação crescente entre a Saúde e Escola, mas ainda imperando algumas ações como a vacinação na escola. Durante a década de 1970 e 1980, foram instituídos os Programas de Saúde na escola e as ações de Educação em Saúde convertem-se em atividades pedagógicas com o objetivo de formação de hábitos e atitudes, para que os indivíduos alcançassem e mantivessem saúde. Com a Lei de Diretrizes e Bases de 1996 e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), a temática de Saúde adentra à escola como temática transversal e que deve fazer parte da formação do aluno, ficando sem contexto e abordada marginalmente, já que é abordada, normalmente, dentro da disciplina de Biologia.

GT: Outras temáticas sobre Ensino em Saúde

4-GT Didática no Ensino em Saúde

Trabalho	Autores
1.O CINEMA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA O ENSINO DA FARMACOLOGIA EM ENFERMAGEM	Tatiane Geralda André; Rogério Dias Renovato
2.EXPERIÊNCIA DOCENTE: APLICAÇÃO DE SEQUENCIA DIDÁTICA NO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	Mayara Paula da Silva Marques; Lourdes Missio
3.ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM EM UM MATERAIL EDUCATIVO	Danielly Ferri Gentil; Mayara Paula da Silva Marques; Antonio Sales
4.LIGA ACADÊMICA DE DOENÇAS INFECTO PARA SITÁRIAS EM ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE TIPOLOGIA DE ATIVIDADES	Margarete Knoch Mendonça,Gislaine Abreu Recaldes.
5.ANÁLISE COGNITIVA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UEMS: MÓDULO TEMÁTICO ABRANGÊNCIAS DAS AÇÕES EM SAÚDE	Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Rosilene Canavarros Monteiro, Samira Dias dos Passos, Mirella Ferreira da Cunha Santos.
6.MAPAS CONCEITUAIS NA APRENDIZAGEM BASEDADA EM PROBLEMAS	Margarete Knoch Mendonça,Arminda Rezende de Pádua Del Corona, Gislaine Abreu Recaldes, Leticia Antônio Costa, Kassandhra Pereira Zolin.
7.METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL ESCOLA	Leidimara Cristina Zanfolim; EdnéiaAlbino Nunes Cerchiari.

1. O CINEMA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA O ENSINO DA FARMACOLOGIA EM ENFERMAGEM

Tatiane Geralda André¹

Rogério Dias Renovato²

¹Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, Bolsista PIBIC/CNPq/UEMS; Email: tatianeandre1@hotmail.com.

Relator

²Professor Adjunto da UEMS, Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES) Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES, da Unidade Universitária de Dourados; Email:rrenovato@uol.com.br

RESUMO

A farmacologia tem um lugar de destaque no curso de Enfermagem, por ser uma das mais importantes áreas de intervenção do enfermeiro. O enfermeiro é responsável pelo conhecimento dos efeitos de uma droga, pela administração correta, pelo controle da resposta do cliente e pelo auxílio ao mesmo na autoadministração. O uso do cinema na educação tem dado grandes resultados na melhoria do aprendizado e nesse pressuposto utilizamos o cinema como estratégia didática pedagógica, afim de melhorar e acrescentar no aprendizado dos acadêmicos de enfermagem. O objetivo desse estudo foi analisar o uso do cinema como estratégia educativa no ensino de farmacologia aplicado à Enfermagem. Tratou-se de pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, tendo como participantes, estudantes de enfermagem regularmente matriculados nas disciplinas de Farmacologia, da segunda série do curso de Enfermagem da UEMS – Unidade de Dourados. Participaram da pesquisa 25 acadêmicos. Utilizamos 7 filmes sendo eles: O Óleo de Lorenzo, Uma Chance para Viver, Decisões Extremas, Tá Faltando Alguma Coisa? Clube de Compras Dallas, Amor e Outras Drogas e Tempo de Despertar. A coleta de dados compreendeu entre março a julho de 2015. A cada 15 dias, um filme era apresentado, e na semana subsequente as discussões em rodas de conversa eram realizadas. Também foi enviado um roteiro para auxiliar nas discussões e fomentar o raciocínio clínico e

reflexivo, e instiga-los a relacionar o filme com os saberes da farmacologia. A coleta de dados foi através dos relatos das percepções dos estudantes em depoimentos escritos e roda de conversa. Os resultados encontrados foram satisfatórios, pois, foi possível perceber através dos relatos escritos e das discussões que o uso do cinema contribuiu para o ensino da Farmacologia aplicado à Enfermagem. Os acadêmicos conseguiram relacionar os filmes, com os saberes da farmacologia e as práticas diárias de enfermagem. Nesse contexto o filme pode confrontar os alunos com as situações críticas, e assim, sensibilizar para as questões de ética, cuidado, humanização e respeito. O ensino de disciplinas no âmbito do Ensino Superior em Saúde devem considerar outras possibilidades educativas, em prol da formação de um profissional multidimensional.

GT: Didática no Ensino em Saúde

Agradecimento: CNPQ e UEMS.

2. EXPERIÊNCIA DOCENTE: APLICAÇÃO DE SEQUENCIA DIDÁTICA NO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Mayara Paula da Silva Marques¹

Lourdes Missio²

¹ Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: mayara_paulams@hotmail.com. Relator.

² Doutora em Educação. Docente do Programa de Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email:lourdesmissio@uem.br

RESUMO

Nos últimos anos, o ensino na área de Enfermagem vem passando por constantes transformações, impulsionados pelas exigências legais como também pelas demandas advindas do mercado de trabalho. Estes fatos têm levado os profissionais a investir em propostas que procuram contribuir para uma formação crítica e reflexiva. **Objetivo:** Descrever o processo de aplicação de uma sequencia didática produzida para orientar o desenvolvimento de conteúdos da disciplina Saúde da Mulher I do curso técnico em enfermagem na Escola Vital Brasil no município de Dourados– MS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de intervenção, baseada na abordagem qualitativa. Para desenvolver o processo de intervenção utilizou-se de uma produção didática sendo considerada uma seqüência didática, que destina-se, em especial, aos docentes e alunos da área da saúde, particularmente da disciplina Saúde da Mulher I, na modalidade de Educação Técnica. A sequênciã didática estruturou-se em sete fases sendo elas:convite ao professor e levantamentos de conhecimentos prévios dos alunos; definição do tema; preparação do material didático para produção da sequênciã didática; organização do espaço sala de aula; exposição do conteúdo pelo professor mediador e divisão de grupos para as atividades de fixação do conteúdo. A atividade foi desenvolvida com 16 alunos

que estavam presente na aula da disciplina. Este estudo foi desenvolvido em consonância com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde com o Protocolo nº 911.980 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS. **Resultados:** Ao analisar os resultados obtidos durante a aula, percebemos que a proposta implementada (sequência didática) proporcionou significativa contribuição para mudanças no processo de ensino-aprendizagem referente ao conteúdo de Aleitamento Materno, com destaque para a metodologia utilizada, a interação entre professor-alunos e aluno-aluno, a promoção de um ambiente de diálogo, além da utilização de uma abordagem contextualizada dos conteúdos. Assim, diante da experiência realizada esperamos que possa fornecer subsídios para futuras intervenções em outras situações e contextos, promovendo mudanças graduais que proporcione e facilite o processo de ensinar e aprender, promovendo uma maior diversidade metodológica, e uma significativa interação professor-aluno, como também, entre aluno-aluno.

GT: Didática no Ensino em Saúde.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o ensino na área de Enfermagem vem passando por constantes transformações, impulsionados pelas exigências legais principalmente depois da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996¹ direcionando a formação através das Diretrizes Curriculares Nacionais, como também pelas exigências advindas do mercado de trabalho. Estes fatos têm levado os profissionais da saúde e da educação a investir em propostas que procuram contribuir para uma formação tanto na educação superior como na profissional de nível técnico visando uma atuação de forma crítica, reflexiva e responsável.

Com as Diretrizes, as mudanças estruturais no ensino em

enfermagem, propuseram novos métodos de ensino centrados na aprendizagem do aluno. Surge, então, nova concepção de trabalho para o docente que deve ter capacidade de provocar no aluno aprendizagem significativa e habilidades de pensamento reflexivo e crítico, bem como levar o aluno a aprender a aprender mediante a revisão do exercício profissional².

Assim, é preciso que o docente que atua nos cursos técnicos de enfermagem aprimore constantemente sua prática pedagógica. Para isso deve desenvolver competências visando o domínio na área envolvendo quatro grandes eixos do processo ensino-aprendizagem como: conceito de processo ensino-aprendizagem, o professor como conceptor e gestor do currículo, a compreensão da relação professor-aluno e aluno-aluno no processo, e a teoria e prática básicas da tecnologia educacional³.

Para o Enfermeiro⁴ promover sua prática docente é necessário, além do conhecimento técnico, reflexão constante de sua prática profissional e engajamento intelectual e afetivo. Deve estar sempre em busca de inovação, propondo novas formas de atuação que facilitem o aprendizado, pois muitos docentes apresentam dificuldades em desenvolver métodos didáticos.

Neste sentido, este estudo tem como temática a discussão de uma tecnologia educacional – a sequência didática.

“A sequência didática pode ser considerada como um conjunto de atividades ordenadas, estruturadas e articuladas para a realização de certos objetivos educacionais, que têm um princípio e um fim conhecido tanto pelos professores como pelos alunos”. (Zabala, 1998, p.18). Por isso são planejadas e desenvolvidas para a realização de determinados objetivos educacionais.

Também pode ser considerada como uma sequência de atividades, isto é, uma modalidade didática que, não se organiza apenas pelos eixos do tempo e espaço, mas também pelas aprendizagens que pretende oferecer, para tanto, as atividades precisam ser sequenciadas de acordo com uma proposta de progressão de desafios ou de problemas a serem resolvidos pelos alunos⁶.

Quanto à estrutura organizacional, a sequência didática, para que haja proveito, de fato, quando da sua utilização, compõe-se de: tema, justificativa, objetivo(s), materiais necessários, tempo previstos, séries/anos/fases, descrição concisa da atividade a ser desenvolvida⁷.

Neste estudo, a sequência didática foi elaborada pela importância do conhecimento técnico e científico envolvendo o aleitamento materno ou amamentação sob o ponto de vista nutricional, imunológico e psicossocial. É também um assunto de interesse multiprofissional, pois envolve vários profissionais da área saúde, tanto de nível superior como da área técnica e também a mãe/bebê e sua família.

No contexto de formação, o profissional deve estar preparado para saber orientar à nutriz que o leite materno provê todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos até os seis meses de vida, auxiliando no processo de amamentação.

Em conformidade com o conteúdo programático definido para a disciplina Saúde da Mulher I foi elaborado a sequência didática envolvendo os seguintes conteúdos: anatomia e fisiologia da mama, importância do aleitamento materno, técnica de amamentação, prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação e como manejar o aleitamento materno em situações especiais e suas restrições. Todos os temas foram trabalhados com justificativas, objetivos, materiais necessários e atividades de fixação do conteúdo seguindo as orientações dos teóricos que descrevem esta metodologia/estratégia/ proposta⁶⁻⁷.

Objetivo

Descrever o processo de aplicação de uma sequência didática produzida para orientar o desenvolvimento de conteúdos da disciplina Saúde da Mulher I do curso técnico em enfermagem na Escola Vital Brasil no município de Dourados.

METODOLOGIA

Este trabalho possui abordagem qualitativa que pode ser considerada como uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, quando se cria vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser traduzidos em números⁸.

Trata-se também de uma pesquisa de intervenção. A pesquisa de intervenção⁹ é uma modalidade de investigação em que o pesquisador intervém no processo de ensino-aprendizagem, envolvendo planejamento e implementação de uma interferência e a avaliação de seus efeitos.

Segundo Basset (2008, p.12): “Nesta modalidade de pesquisa, a partir do momento em que o pesquisador entra no contexto onde se dá a pesquisa, suas perguntas e propostas já constituem uma intervenção”

Dois princípios fundamentais norteiam a pesquisa intervenção: primeiro deve-se considerar as realidades sociais e cotidianas e o segundo o compromisso ético e político da produção de práticas inovadoras⁹. Nesta modalidade de pesquisa caracterizam-se os sujeitos, tanto o pesquisador quanto os pesquisados e ambos têm um papel ativo no processo da pesquisa⁹.

O material que foi elaborado é uma produção didática podendo ser considerada uma sequência didática. Destina-se, em especial, aos docentes e alunos da área da saúde, particularmente da disciplina Saúde da Mulher I, na modalidade de Educação Técnica. Como proposta de ensino, este trabalho intenta, fundamentalmente, elencar atividades elaboradas a partir das diferentes percepções dos alunos e professores. Estruturou-se a atividade em sete fases sendo elas: convite ao professor e levantamentos de conhecimentos prévios dos alunos, definição do tema, preparação do material didático para produção da sequência didática, organização do espaço sala de aula, exposição do conteúdo pelo professor mediador, divisão de grupos para as atividades de fixação do conteúdo.

O estudo foi realizado na Escola Técnica Vital Brasil, na cidade de Dourados – MS, com alunos da turma três do curso Técnico de Enfermagem que frequentou a aula da disciplina Saúde da Mulher I, no dia 11/06/2015.

A Escola Vital Brasil foi criada em 24 de fevereiro de 1953. É uma instituição privada que forma profissionais na área da saúde, tais como: auxiliares e técnicos em enfermagem, técnicos em radiologia, entre outros. Tem como finalidade a oferta da Educação Profissional, desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores da educação profissional técnica de nível médio, com a finalidade de suprir as necessidades de recursos humanos habilitados nos diversos setores da economia¹¹.

Este estudo foi desenvolvido em consonância com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde com o Protocolo nº 911.980 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do SUL – UFMS.

A participação do Professor e alunos que concordaram em participar desse estudo, se deu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após esclarecimento sobre a intenção científica da proposta de pesquisa.

Resultados e discussões

Esta proposta de trabalho procurou também contribuir no processo de aprendizagem dos estudantes em relação ao aleitamento materno, como parte dos conteúdos selecionados para a disciplina. A seguir apresentamos as fases em que a proposta foi desenvolvida.

Primeira Fase - Antes de iniciar a elaboração do material didático, foi feito o convite à professora responsável pela disciplina, que passou através de um diálogo com o pesquisador um levantamento dos conhecimentos prévios dos alunos relativos ao conteúdo a ser trabalhado apontado conforme o desenvolvimento dos alunos na disciplina pela professora responsável pela disciplina.

Segunda Fase – A professora responsável pela disciplina passou todo o conteúdo programático, aonde chegamos à definição

do tema para a elaboração do material, definindo, assim, o tema a ser trabalhado na sequência didática.

Terceira Fase - A intervenção foi organizada pelo Material sequência didática, preparada para ser executada em quatro horas aula, composta pelo conteúdo de Aleitamento Materno e subtemas. Com a finalidade de fundamentar o conteúdo, a sequência didática foi elaborada conforme Zabala⁷, produzidas em módulos todos compostos por justificativa do conteúdo, objetivo, material necessário, tempo necessário e atividades de fixação.

Quarta Fase - O material foi elaborado, pelo pesquisador passando por processos de correções, seguindo de revisão de literatura para sua fundamentação teórica. Após as correções e ajustes necessários o mesmo foi impresso para ser utilizado como um instrumento didático em aula.

Cada parte do conteúdo foi composta por revisão de literatura; figuras explicativas e atividades de fixação. Foram utilizados como recursos para revisão de literatura referenciais em vídeos, textos, livros e artigos de revistas científicas.

Quinta Fase – A aula aconteceu no dia 11/06/2015, na Escola Vital Brasil. Teve início às dezenove horas, com a turma da terceira serie do ensino técnico em enfermagem, na presença de 16 alunos. A sala de aula foi preparada em roda para facilitar o diálogo e troca de informações entre o professor e os alunos. O material foi entregue para os alunos, depois de explicitado o objetivo da aula, todos se apresentaram falando um pouco sobre a sua experiência e conhecimentos que tinham referente ao Aleitamento Materno. Apresentado os recursos para as atividades práticas como o boneco (bebê), e próteses de mamas.

Sexta Fase – Após as apresentações e considerações iniciais, o professor mediador iniciou o conteúdo, conforme o proposto na sequência didática, em forma de dialogo entre professor e alunos. As duas primeiras horas de aula foram de exposição do conteúdo, relacionando com a teoria com demonstração prática com o uso de objetos como o boneco e as próteses.

Sétima Fase - Com base no conteúdo proposto, a turma foi

dividida em dois grupos, para realizar as oficinas de fixação. O professor explicou sobre os passos das atividades e o processo para construção de um mapa conceitual. O grupo um ficou com as atividades referentes aos conteúdos presentes nos módulos 1 e 2 que se tratava do conteúdo de anatomia e fisiologia da mama e importância do aleitamento materno, sendo entre as atividades proposta construir um mapa conceitual.

O grupo dois ficou com os módulos 3, 4 e 5, com base nos conteúdos da técnica de amamentação, prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação e como manejar o aleitamento materno em situações especiais e suas restrições. O grupo elaborou uma dramatização tendo por base fatos reais apresentados pelo professor mediador.

Para finalizar as atividades foi apresentado pelos grupos a elaboração do mapa conceitual e a dramatização pelos alunos integrantes do grupo 1 e 2.

Com relação à sexta fase a exposição do conteúdo da sequência didática, salientamos que as atividades foram direcionadas e conduzidas para que os alunos pudessem expor suas ideias e levantar hipóteses sobre a temática do aleitamento materno.

Acreditamos que a estratégia pedagógica utilizada contribuiu para uma aprendizagem significativa com relação à aquisição do conhecimento. O formato da proposta fez com que os estudantes percebessem que os conhecimentos que trazem para a escola são valorizados e estão relacionados com os conteúdos que são abordados em sala de aula, o que foi favorável para criar um ambiente de motivação.

A sequência didática deve levar em consideração o contexto dos educandos, suas necessidades e conhecimentos que trazem sobre as várias dimensões do cotidiano e da vida⁷. Assim, entendemos que problematizando a aula com situações da realidade, levantando algumas possíveis hipóteses, fazendo uma análise e interpretação de dados e sistematizando os conhecimentos são ações que devem ser estimuladas entre os alunos para facilitar a compreensão e fixação do conteúdo.

A proposta implementada proporcionou significativa contribuição para as mudanças no processo de ensino-aprendizagem referente ao conteúdo de Aleitamento Materno, com destaque para a metodologia utilizada, a interação entre professor-alunos e aluno-aluno, a promoção de um ambiente de diálogo e trocas, além da utilização de uma abordagem contextualizada dos conteúdos.

Diante da experiência didática realizada apenas em quatro horas aulas, acreditamos que foi possível fornecer subsídios para futuras intervenções em outras situações e contextos, promovendo mudanças graduais que proporcionem e facilite o processo de ensino e aprendizagem promovendo uma maior diversidade metodológica, e uma significativa interação professor-aluno, como também, aluno-aluno. Essa aproximação entre o professor e aluno foi fundamental e é extremamente necessária, uma vez que a metodologia da aula envolvia a todos. Assim, ampliaram-se os conhecimentos sobre Aleitamento Materno e sobre novas atividades de fixação de conteúdo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a sequência didática pode ser utilizada como uma maneira para promover uma aprendizagem significativa. Para tanto, é importante considerar a exploração de ideias prévias que os alunos possuem a apresentação de situações problematizadoras, a inserção de recursos didáticos, bem como, proporcionar momentos de diálogo e trocas entre os pares (alunos).

Neste estudo, pode-se dizer que a sequência didática foi construída procurando facilitar a aprendizagem através da utilização de recursos que consideramos significativos para o processo ensino aprendizagem.

Considerando que esse trabalho diz respeito a um determinado contexto, as expectativas são de que ele venha contribuir, de algum modo, para maior reflexão e a argumentação crítica dos professores e alunos, nos mais distintos momentos de sua prática.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que colaboraram para a realização deste trabalho de intervenção em especial, a Professora Regina Rossoni da Escola Vital Brasil e a coordenadora Silvia Borgato pelo apoio ao trabalho e autorização do espaço e aos alunos que participaram da aula com muita disposição. Meu muito obrigado!

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, dez, 1996. p.18 - 86.
2. Backes VMS, Moyá JLM, Prado ML. Processo de construção do conhecimento pedagógico do docente universitário de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.19, n.2, p.2 - 8 mar. /abr. 2011.
3. Rodrigues MTP. Sobrinho, J A C M Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Rev Bras Enferm* 2006 maio-jun; 59(3): 456-9.
4. Orosco SS. *A percepção dos docentes de ensino médio de enfermagem sobre a construção do ser professor*. 2010.115f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade da Oeste Paulista, Presidente Prudente - SP, 2010.
5. Zabala AA. *Prática educativa: como ensinar*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
6. Pereira RCS. *O ensino da Matemática na educação de jovens e adultos: uma abordagem contextualizada do tema transversal meio ambiente*. Produto final: Sequencia Didática, Mestrado Profissional Ensino de Ciência do IFRJ, Nilópolis – RJ, 2013.
7. Zabala AA. *Prática educativa: como ensinar*. São Paulo: Artmed, 2008.
8. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.
9. Moreira M IC. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos

da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. In: CASTRO, L. R de e BESSET, V. L. *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. NAU: Rio de Janeiro, 2008.

10. Besset VL, Coutinho LG, Cohen R H P. Pesquisa-intervenção com adolescentes: contribuições da psicanálise. In: Castro LR de e Besset VL. (Orgs.) *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. NAU: Rio de Janeiro, 2008.p. 12.

11. Escola Vital Brasil. *Projeto Pedagógico/ História Vital Brasil*. Dourados, 2014.

3. ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM EM UM MATERIAL EDUCATIVO

Danielly Ferri Gentil¹

Mayara Paula da Silva Marques²

Antonio Sales³

¹ Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: danielly_ferri@hotmail.com. Relator.

² Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: mayara_paulams@hotmail.com. Relator.

³ Doutor em Educação. Docente do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: profesaes2@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os diferentes conteúdos de aprendizagem são importantes nos materiais educativos, pois contribuem para um melhor entendimento da mensagem do material. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo analisar a presença dos conteúdos conceitual, factual, procedimental e atitudinal de aprendizagem considerando as premissas do livro a Prática Educativa, do autor Zabala, em um material educativo do Ministério da Saúde sobre a doença hanseníase. **Metodologia:** Em relação ao recurso metodológico trata-se de uma pesquisa exploratória documental de abordagem qualitativa. Previamente a análise, procurou-se realizar uma breve abordagem sobre aprendizagem, material educativo em saúde e educação popular. **Resultados:** Através da análise verificou-se a presença dos quatro tipos de conteúdos de aprendizagem. **Conclusão:** Pode-se ressaltar que este tipo de análise é importante, haja vista que estudos sobre o tema ainda são escassos, apesar de relevantes.

GT: Didática no Ensino em Saúde

INTRODUÇÃO

O estudo em questão se refere à análise de um material educativo levando em consideração as premissas do livro a Prática Educativa, do autor Zabala, mais especificamente no quesito em que se trata dos conteúdos de aprendizagem.

Conforme Zabala apud Cool¹ as seguintes questões: “o que se deve saber?”, “o que se deve saber fazer?” e “como se deve ser?” devem estar presentes nos conteúdos e aprendizagem. Portanto, tais questões foram norteadoras para avaliação do material educativo, buscando encontrar as respostas a tais indagações.

Para facilitar a análise do material objeto deste estudo, optou-se por fazer uma breve abordagem sobre aprendizagem, material educativo e educação popular previamente a análise do material.

APRENDIZAGEM

Segundo Beauclair², o conceito de aprendizagem é definido como um processo de mudança de comportamento obtido por meio da experiência construída por fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais resultantes da interação entre estruturas mentais e o meio ambiente em que se vive, onde deve levar em consideração os conceitos culturais que o grupo social conhece e considera correto, proporcionando ao aprendiz um novo olhar sobre a realidade.

Portanto, com esse novo olhar o aprendiz deve conseguir aprender a lidar com o desconhecido, com o conflito, com o inusitado, com o erro, com as dificuldades, transformar informação em conhecimento, ser seletivo e buscar na pesquisa as alternativas para resolver os problemas que surgem, são tarefas que farão parte do cotidiano das pessoas³.

O autor Zabala¹ apresenta conceitos sobre a aprendizagem caracterizando-os como factual, conceitual, procedimental, atitudinal. Para uma melhor compreensão a respeito será realizada uma explanação quanto as principais características de cada um destes conceitos.

Os conteúdos factuais se referem ao conhecimento de fatos, acontecimentos, dados e fenômenos concretos e singulares. Já os conteúdos conceituais são mais abstratos, se referem ao conjunto de fatos, objetos ou símbolos que têm características comuns e que demandam “compreensão”. Não se pode dizer que se aprendeu um conceito se não entendeu o significado.

Em relação ao conteúdo procedimental, este aborda a aprendizagem de ações, tais como exemplo, o fato de desenhar, ler, calcular, entre outros. Sendo assim, uma das características deste conteúdo é o aprendizado através da ação deste e ainda pode ser dividido em três eixos, sendo eles: motor/cognitivo, poucas ações/muitas ações e *continuum* algorítmico/heurístico.

E ainda o autor traz o último conteúdo, não menos importante, o atitudinal, o qual se refere a valores, atitudes e normas. Os valores são definidos como princípios ou atitudes éticas, como exemplo se tem a solidariedade e a responsabilidade. As atitudes são tendências para atuação de um determinado modo, forma como se realiza uma conduta baseada em valores, a exemplo de cooperação e participação em coletividade. Já como norma entende-se que estas são regras de comportamentos a serem seguidos.

MATERIAL EDUCATIVO

No Brasil, há predominância de material educativo na forma impressa, mas, praticamente inexistem estudos avaliando a qualidade desses materiais⁴. Daí a relevância deste estudo em analisar um folder educativo sobre a doença hanseníase, com a pretensão de verificar se o material é de fato um instrumento de promoção da saúde levando em consideração a tipologia de conteúdos de aprendizagem factual, conceitual, procedimental e atitudinal abordados pelo autor Zabala¹. Questiona-se o porquê da análise de um material educativo em saúde e busca-se a resposta para tal indagação na fala dos autores a seguir:

Para Reberte, Hoga e Gomes⁵ o uso de material educativo em diversos formatos, inclusive em folder é uma estratégia utilizada

também pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de promover resultados significativos em educação em saúde para os usuários do sistema.

Por outro lado, Moreira, Nobrega, Silva⁶ acrescentam que para alcançar resultados importantes com os materiais educativos, há necessidade que estes sejam bem elaborados e tragam uma gama de informações de fácil entendimento, com uma linguagem acessível ao público que será destinado. Além disso, um material passa de fato a ser instrumento de promoção da saúde quando desperta no leitor o desenvolvimento de atitudes e habilidades, autonomia e tomada de decisão.

EDUCAÇÃO POPULAR

Segundo Vasconcelos⁷, a educação Popular é o saber que conduz nos difíceis caminhos que podem ser cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos.

Para Freire⁸ a educação popular é uma concepção de educação, realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação, que possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos.

A Educação Popular em Saúde representa o conjunto de conceitos polissêmicos, que ganham expressão concreta nas ações sociais orientadas pela construção de correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas públicas, proporcionando lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade (PEDROSA⁹, p. 16).

A área da saúde apresenta grande experiência de Educação

Popular que estão hoje voltadas para a superação das necessidades culturais, existente entre os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e de outro, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular¹⁰.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é analisar a presença dos conteúdos de aprendizagem em um material educativo do Ministério da Saúde sobre a doença hanseníase, o qual tem como finalidade a educação popular a respeito da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória documental que segundo Neves¹¹ “é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar”. E terá uma abordagem qualitativa que, Segundo Minayo³ é uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser traduzidos em números.

A pesquisa se fundamentou nas tipologias do conteúdo de aprendizagem de Zabala¹ pela qual realizou-se a análise de um material educativo sobre a Doença Hanseníase de um folder do Ministério da Saúde seguindo-se as etapas de seleção do material, revisão bibliográfica, avaliação crítica, análise e interpretação, finalizando com uma síntese embasada no referencial teórico selecionado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Análise do material educativo- Folder sobre hanseníase

Vale ressaltar as características e questões evidenciadas na

observação empreendida sobre o material analisado, entre as quais pode se destacar a identificação da presença dos quatro tipos de conteúdos de aprendizagem já citados no decorrer deste estudo. Conforme relatado por Gonçalves e Marques¹² os materiais de aprendizagem não precisam ser limitados a apenas um tipo de conteúdo, mas pode ser produto da interação entre eles.

O material analisado compõe-se dos seguintes assuntos: O que é a Hanseníase e como se transmite, como diagnosticar e o tratamento, conforme mostrado na figura abaixo:



Figura 1- Material educativo sobre hanseníase
 Fonte: <http://jornalparaipaba.blogspot.com.br/2015/03/ministerio-da-saude-hanseníase>.

Para um melhor entendimento sobre os conteúdos de aprendizagem identificados no material avaliado, será realizado algumas considerações a seguir.

Após a análise do material foi possível identificar que nas respostas referentes a aos questionamento do folder do que é Hanseníase e como se transmite, aparece dois tipos de conteúdo de

aprendizagem o conceitual e o factual. O conteúdo conceitual está relacionado ao questionamento do que se deve saber, visto que neste tópico estão expostos os conceitos da doença e as formas de evita-la, que exige a compreensão e a reflexão sobre o assunto. E também o conteúdo factual, visto que é fato concreto que a doença pode ser transmitida se não tratada.

Já no item do material referente ao diagnóstico da doença observa-se o conteúdo procedimental e o factual. Sendo que no método de diagnóstico fica notório a presença do conteúdo procedimental, uma vez que o leitor é instigado a olhar para o seu corpo e realizar a ação de observar e examinar a presença dos sinais da doença que exige uma certa técnica. Uma vez que neste ítem há figuras que mostram os sinais da doença, o que permite o procedimento de comparação pelo leitor das imagens do material em relação ao próprio corpo na busca de algum sinal semelhante, respondendo então a questão do que se deve saber fazer. Já as marcas da doença: manchas, deformidades, dores, remetem ao conteúdo factual, visto que as marcas são fatos concretos deixados pela doença.

Em relação ao item tratamento da hanseníase percebem-se dois tipos de conteúdos de aprendizagem, o factual e o atitudinal. O factual relaciona-se ao fato do tratamento ser realizado no posto de saúde com o tempo de duração de 6 a 12 meses. Já o atitudinal está voltado para o esclarecido do leitor quanto a forma de tratamento, despertando neste a busca pelo tratamento, ou seja, ele passa a assumir um posicionamento diante do que aprendeu. Tal fato, responde então ao questionamento do como se deve ser.

Ainda o conteúdo atitudinal está relacionado com regras de comportamentos a serem seguidos em situações que envolvem um grupo social, indicando o que pode ou não ser feito neste contexto e também a preceitos éticos, sendo um deles a responsabilidade.

Percebe-se então que conforme abordado no material educativo, o tratamento exige uma conduta responsável, uma vez que os medicamentos precisam ser ingeridos diariamente em domicílio e uma vez por mês o paciente deve comparecer a unidade

de saúde para acompanhamento. Ou seja, o paciente passa a ser o sujeito ativo do seu próprio cuidado.

Diante do exposto, é possível concluir que o material analisado conseguiu responder as três indagações comentadas no início do texto, retomando-as novamente, sendo “o que se deve saber?”, “o que se deve saber fazer?” e “como se deve ser?”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se enfatizar a importância dos diferentes tipos de conteúdos de aprendizagem nos materiais educativos em saúde, já que a integração destes conteúdos em um mesmo material reflete na otimização da aprendizagem e, conseqüentemente contribui para a melhoria da saúde em geral.

Além disso, vale ressaltar que os materiais educativos são voltados para públicos diversos, seja esta diversidade cultural, social, intelectual. Sendo assim, faz necessária a produção de materiais educativos que abordem integralmente, todos os conteúdos de aprendizagem, caso contrário, corre-se o risco de não atingir o fim comum que seria de um aprendizado significativo. Ainda, salienta-se que não há conteúdo que deve ser mais valorizado que outro, já que cada um tem sua parcela de contribuição no aprendizado.

Por fim, é possível inferir sobre a importância de estudos que analisam os conteúdos de aprendizagem nos diferentes materiais educativos, uma vez que estudos sobre a temática ainda são escassos, apesar de muito relevantes e contributivos para a melhoria da prática educativa em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Zabala, A. A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

Didática no Ensino em Saúde.

2. Beauclair, J. Ensinar é acreditar. Coleção Ensinantes do Presente, volume I. Editora WAK, Rio de Janeiro, 2008.

3. Fonseca, V. Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2008.
4. Moreira, MF, Nobrega, MML. Silva, MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev. bras. enferm. v. 56 n. 2, Brasília mar./abr. 2003.
5. Reberte, LM, Hoga, LAK, Gomes, ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20(1), p 1-8, jan.-fev. 2012.
6. Moreira, MF, Nobrega, MML. Silva, MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev. bras. enferm. vol.56, no.2 Brasília mar./abr. 2003.
7. Vasconcelos, EM. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.
8. Freire, P. Educação e atualidade brasileira. 3. ED. São Paulo: Cortez; instituto Paulo Freire, 2003.
9. Pedrosa, JIS. Educação popular no ministério da saúde: identificando espaços de referência: caderno de educação popular e saúde. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio a gestão participativa. Série b. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2007.
10. Reis, ML. Grupos Educativos em Saúde nas Unidades de Saúde da Família do Município de Juiz de Fora – MG. 2009.130f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2009.
11. Neves, JL. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração. v. 1, n. 3. São Paulo, 1996.
12. Gonçalves, FP, Marques, CA. Contribuições pedagógicas e epistemológicas em textos de experimentação no ensino de química. Investigações em Ensino de Ciências –V11(2), pp. 219-238, 2006.

4. LIGA ACADÊMICA DE DOENÇAS INFECTO PARA SITÁRIAS EM ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE TIPOLOGIA DE ATIVIDADES

Margarete Knoch Mendonça ¹

Gislaine Recaldes Abreu ²

¹ Professora associada do curso de Enfermagem /UFMS(Campo Grande), Coordenadora docente da LADIPE. margaretekm@gmail.com Relator

² Professora assistente do Curso de Enfermagem/UFMS(Campo Grande), Colaboradora docente da LADIPE gislainerecaldes@gmail.com

Introdução: As ligas acadêmicas são entidades compostas primordialmente por estudantes, que desenvolvem ações de extensão, ensino e pesquisa. As atividades são conduzidas por um grupo de estudantes com apoio docente, com foco em determinado tema e motivados a lidar com as demandas de saúde da população. A Liga Acadêmica de Doenças Infecto-Parasitárias em Enfermagem - LADIPE, foi criada em 2013, por alunos do Curso de Enfermagem da UFMS, de Campo Grande. O objetivo da Liga é o desenvolvimento de um trabalho interinstitucional para o controle de doenças infecto parasitárias, com distribuição endêmica e epidêmica no estado de Mato Grosso do Sul, por meio de ações educativas e assistenciais. Desde a constituição do grupo, criação da Liga, o planejamento e a avaliação das intervenções, foram realizadas inúmeras atividades demonstrando a diversidade e complexidade das atividades realizadas pelos participantes. **Objetivo:** Analisar as atividades realizadas pelos participantes da LADIPE; construir uma tipologia das atividades: e avaliar a contribuição para o ensino e a formação de profissionais. **Metodologia:** relato de experiência com informações obtidas nos registros de reuniões, relatório mensal e depoimentos dos alunos participantes da liga, obtido por meio de um roteiro semi estruturado, aplicado no mês de agosto de 2015. As respostas foram agrupadas em categorias, como reuniões com a coordenação, estudos e pesquisa individual, comunicação e interação com os

colegas, preparo das ações e execução. As respostas foram agrupadas em categorias temáticas, na perspectiva das competências gerais e específicas das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem. **Resultados:** Os resultados encontrados indicam a diversidade das atividades realizadas, ampliação do conhecimento científico, desenvolvimento das habilidades, principalmente de comunicação e liderança e uma compreensão dos problemas sociais da doença e necessidade de compromisso nos aspectos do cuidado à saúde.

3- GT Didática no Ensino em Saúde

5. ANÁLISE COGNITIVA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UEMS: MÓDULO TEMÁTICO ABRANGÊNCIAS DAS AÇÕES EM SAÚDE

Rafaela Palhano Medeiros Penrabel¹

Rosilene Canavarros Monteiro²

Samira Dias dos Passos³

Mirella Ferreira da Cunha Santos⁴.

¹Professora do Curso de Medicina da UEMS, Unidade Universitária de Campo Grande e do Curso de Enfermagem da UNIGRAN Capital de Campo Grande
rafaela@uems.br

²Estudante do Curso de Enfermagem da UNIGRAN Capital de Campo Grande
rosylene_monteiro@hotmail.com. Relatora.

³Estudante do Curso de Medicina UEMS, Unidade Universitária de Campo Grande
solpassomar@gmail.com

⁴Professora do Curso de Medicina da UEMS, Unidade Universitária de Campo Grande
mirella.santos@uems.br

Introdução: A Taxonomia de Bloom (1956) é um instrumento de classificação de objetivos de aprendizagem de forma hierárquica, e pode ser utilizado para estruturar, organizar e planejar módulos instrucionais. Segundo a Taxonomia de Bloom Revisada (2001) os objetivos são classificados em uma hierarquia de seis níveis cognitivos: Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação. O desenvolvimento cognitivo deve seguir uma estrutura hierárquica para que os discentes sejam capazes de aplicar e transferir, de forma multidisciplinar, um conhecimento adquirido. **Objetivos:** Identificar e avaliar a tendência das habilidades cognitivas requeridas dos acadêmicos de Medicina da UEMS, por meio dos verbos selecionados, no módulo de Abrangência das Ações em Saúde. **Metodologia:** Foi analisado um total de 42 fichas de objetivos de aprendizagem, dos seis grupos tutoriais, em cada um dos 7 problemas. **Resultados:** Foram utilizados 206 verbos na construção dos objetivos ao longo do módulo. Os verbos mais

utilizados foram Conhecer (22 vezes), Compreender (22 vezes) e Conceituar (21 vezes) pertencentes ao primeiro nível cognitivo: Conhecimento. Em todos os problemas foi observada uma variabilidade de verbos, mas poucas vezes foi observada discordância quanto ao nível cognitivo desses. Desta forma, percebeu-se certa dificuldade quanto ao aprofundamento do conhecimento refletida na pouca utilização de verbos que pertencessem a níveis cognitivos maiores, visto que trata-se de acadêmicos do primeiro ano e que o processo de aprendizagem é cumulativo. O módulo temático analisado propõe um aprofundamento nos conhecimentos trazidos pelos discentes de sua formação secundária, assim, era esperado que a maioria dos verbos utilizados nos objetivos fosse dos dois primeiros níveis cognitivos. Entretanto, este resultado também pode indicar uma reação às dificuldades que os discentes enfrentam na realização das tarefas propostas, pois não percebem ou não possuem uma compreensão adequada do objetivo pretendido, da importância do conteúdo abordado e das técnicas instrucionais utilizadas, além da concordância desses itens com os critérios de avaliação e de recuperação do aprendizado.

GT: Didática no Ensino em Saúde

6. MAPAS CONCEITUAIS NA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Margarete Knoch Mendonça¹

Arminda Rezende de Pádua Del Corona²

Gislaine Abreu Recaldes³

Leticia Antônio Costa⁴

Kassandhra Pereira Zolin⁵

¹Professora associada do curso de Enfermagem/CCBS/UFMS, margaretek@gmail.com. Autora e Relatora

²Professora adjunta do curso de Enfermagem/CCBS/UFMS, delcorona.arp@gmail.com

³Professora assistente do curso de Enfermagem/CCBS/UFMS, gislainerecaldes@gmail.com

⁴Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem do CCBS/UFMS – Campus de Campo Grande, costaleticiaa@hotmail.com

⁵Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem do CCBS/UFMS – Campus de Campo Grande, kassandhrazolin@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os mapas conceituais são dispositivos de aprendizagem cujo objetivo é estimular e desenvolver a integração de conceitos e a organização de conteúdos. Podem ser utilizados em diferentes situações de aprendizagem, tais como grupos tutoriais, estudos individuais ou avaliações. O Curso de Enfermagem do CCBS/UFMS – Campus de Campo Grande adotou em 2009, a metodologia da aprendizagem baseada em problemas e inseriu a construção e a utilização dos mapas conceituais nos encontros dos grupos tutoriais. **Objetivo:** Descrever as potencialidades e as dificuldades encontradas na utilização dos mapas conceituais no processo de aprendizagem. **Metodologia:** Descrição do processo de aprendizagem e análise de relato dos depoimentos de professores na utilização dos mapas conceituais no curso de enfermagem. **Resultados:** Há convergência das opiniões sobre os mapas conceituais quanto a sua importância para o aprendizado e assimilação dos conteúdos. Existem também opiniões divergentes quanto às maneiras de construção do mapa, tempo dispendido e o risco de se tornar um processo “automático” e menos crítico e reflexivo. O trabalho demonstra a necessidade de ampliar os estudos sobre a utilização

dos mapas conceituais na aprendizagem baseada em problemas, a fim de otimizar esta estratégia de ensino e contribuir na consolidação da aprendizagem significativa. **Referências:**

- 1.MAMEDE, S. (org) et al. **Aprendizagem Baseada em Problemas:** anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001. 232p.
- 2.MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.
- 3.MOREIRA, M.A. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa**. Instituto de Física – UFRGS, Porto Alegre, 1997.
- 4.TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciências & Cognição** , v.12: 72-85 . 2007.

Descritores não controlados: Metodologia ativa de ensino, Aprendizagem significativa, Enfermagem.

GT: Didática no Ensino em Saúde

7. METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL ESCOLA

Leidimara Cristina Zanfolim¹
Ednéia Albino Nunes Cerchiari²

¹ Mestranda do Programa Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul -UEMS, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: leidizanfolim@gmail.com.

² Professora Doutora docente do Programa Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul-UEMS, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: ecerchiari@uems.br.

RESUMO

Introdução: No Brasil ainda nos deparamos com instituições educacionais na área da saúde, as quais permanecem com um modelo tradicional de ensino, não condizentes com as mudanças sociais e com as políticas públicas vigentes. Deste modo, se fazem necessárias novas formas de ensino-aprendizagem que se proponham a formar profissionais ativos, críticos, que sejam capazes de intervir na realidade e produzir seu próprio conhecimento, ou seja, utilizando métodos ativos de ensino. Neste contexto, na vivência como preceptora em um programa de Residência, que adota metodologias tradicionais de ensino e a participação como discente em um curso de pós-graduação para capacitar preceptores do SUS, com uma abordagem ativa, surgiu o interesse em realizar um estudo sobre as Metodologias Ativas de Ensino, refletindo sobre o papel do facilitador deste processo, e assim, poder adotá-la na Residência Multiprofissional do Hospital Universitário (HU) de Dourados visando uma preceptoria comprometida com a sociedade e a formação de qualidade dos profissionais da saúde. **Objetivos:** Relatar a experiência da utilização das Metodologias Ativas na preceptoria da Residência Multiprofissional do HU Dourados. **Metodologia:** Após participação dos preceptores em uma pós-graduação que visava

capacitar os preceptores do SUS, foi adotado nos encontros de preceptoria Métodos Ativos de Ensino. Essa abordagem ativa ocorreu no período de Junho de 2013 a Maio de 2014, sendo realizadas: nos encontros de estudo de caso da psicologia, que constavam com quatro residentes e dois preceptores da área e ocorriam uma vez por semana, a estratégia das Metodologias Ativas utilizadas foi a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL); e nas preceptorias das três áreas enfermagem, nutrição e psicologia, com um total de 20 residentes e seis preceptores, esses encontros também eram semanais, neles realizavam-se discussões sobre a prática, utilizando-se várias estratégias de ensino, como PBL, dinâmicas, estudo de textos, grupos de observação e discussão, dentre outros. **Resultados:** Presenciou-se com a prática das Metodologias Ativas maior participação e envolvimento dos residentes nos encontros e discussões; olhar crítico dos mesmos para o serviço; aproximação da teoria com a prática.

5 - GT Educação permanente em Saúde

Trabalho	Autores
1.RELATO DE EXPERIÊNCIA: CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR	Thiaya Silva Aguilieri, Idalina Cristina Ferrari
2.RECURSOS FINANCEIROS DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, MATO GROSSO DO SUL, REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS, 2008-2013	Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito, Joel Saraiva Ferreira, Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves,
3.EVASÃO NOS CURSOS DESENVOLVIDOS PELA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE-REGIÃO DE SAÚDE DOURADOS, 2008-2013	Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito, Joel Saraiva Ferreira, Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves,
4.OS MOVIMENTOS POLÍTICOS PARA AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Elenita Sureke Abilio, Maria José de Jesus Alves Cordeiro.
5.PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: EMBASAMENTOS PARA MUDANÇAS NO PERFIL ASSISTENCIAL	Natália Müller Monteiro; Mayara Paula da Silva Marques; Danielly Ferri Gentil; Ingrith Raphaelle Rodrigues Calças; Cássia Reis Barbosa.
6.ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: EDUCAÇÃO PERMANENTE vs SEGURANÇA DO PACIENTE	Idalina Cristina Ferrari, Rogério Dias Renovato, Maria Jose de Jesus Alves Cordeiro, Lourdes Missio.
7.IMPACTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE DOURADOS	Kátia Gianlupi, Karine Sakae Yamanari de Melo, Márcia Regina Martins Alvarenga.
8.IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FAVORECENDO A ATUAÇÃO CRÍTICA, REFLEXIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	Franciele Nunes de Oliveira; Marjorie Ester Dias Maciel; Luciana Aparecida Carvalho Barbosa; Dioclen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho; Joshiley Coelho Guindo de Aquino
9.A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO EM SERVIÇO: RESIDENTES, PRECEPTORIA E TUTORIA	Paula Aparecida dos Santos Rodrigues, Cátia Paranhos Martins
10. ESPAÇO DE ESCUTA EM SAÚDE: ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL PARA SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL	Elisângela Romero Bruno, Jaqueline Assis Fernandes Moreti

1. RELATO DE EXPERIÊNCIA: CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Thiaya Silva Aguilieri¹

Idalina Cristina Ferrari²

¹ Discente do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: thiaya_@hotmail.com

² Docente do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde Email: idalina_ferrari@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A humanização é um tema bastante discutido em todo campo da saúde, principalmente no ambiente hospitalar. Tendo em vista a preocupação em capacitar os funcionários para atender os clientes da melhor forma possível tornou-se necessária a realização de oficinas com roda de conversa para debater a temática. Sendo a Política Nacional de Humanização o norteador das discussões. **Objetivo(s):** Discutir os conceitos entre grupos de profissionais e levantar sugestões de melhoria para o hospital. **Metodologia:** Participaram da capacitação ao todo 43 funcionários de ambos os sexos. Foram realizados dois encontros, o primeiro em 18 de Agosto de 2015 pela manhã e o segundo no dia 19 de Agosto à tarde, na sala de estudos de um Hospital Geral na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul. No primeiro, houve uma dinâmica com um grupo de 30 pessoas divididas em 5 grupos. No segundo encontro a atividade contou com 13 profissionais, divididos em 3 grupos, formando uma roda. Questões foram lançadas para levantar as discussões tais como: o que é humanização? O que é educação? O que é bondade? Quais são os bons hábitos observados no ambiente hospitalar? Quais são os hábitos ruins? No momento final os participantes foram incentivados a escrever sobre o que poderia ser mudado na instituição ou no setor em que trabalha para que o

trabalho fosse melhorado. **Resultados:** Durante as discussões foram levantados muitas temáticas importantes. Para o grupo de trabalho de humanização (GTH), a humanização está diretamente ligada ao respeito, ser paciente, se colocar no lugar do outro, tratar o paciente como alguém da família, ser atencioso, saber ouvir, ser solidário, ser compreensivo, acolher, doar-se. Segundo eles a educação deve estar presente em todas as relações obrigatoriamente. As expressões mais citadas foram: cordialidade, bom dia, simpatia, pedir licença, dizer por favor, obrigado, se desculpar, fazer silêncio(ambiente hospitalar). No momento da discussão para maus hábitos foram elencados: julgar, levar problemas pessoais para o ambiente de trabalho, elevar o tom de voz, criticar, mau humor, mentir, agredir verbalmente, ser indiferente, uso indiscriminado do celular, autoritarismo, desorganização. Bons modos ou boas condutas obtiveram os seguintes dados: ser sincero, ter boa comunicação, ser dedicado no trabalho, cumprimentar os colegas, elogiar, saber ouvir, respeitar opiniões, se preocupar, tentar ajudar, higiene pessoal, ser pontual. As discussões foram primordiais para a melhoria da assistência.

GT: Educação permanente em Saúde

2. RECURSOS FINANCEIROS DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, MATO GROSSO DO SUL, REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS, 2008-2013

¹ Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito.

¹ Joel Saraiva Ferreira.

² Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves

¹Mestre em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande; Email: flavi_jacob@hotmail.com; Relator.

²Professor Doutor do Curso de Educação Física da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande; Email: falecomjoel@hotmail.com.

³Professora Doutora do Curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados, Unidade Universitária de Dourados; Email: crhismay@gmail.com.

Introdução: Os recursos da Política de Educação Permanente em Saúde da União agrupam-se em educação permanente e educação profissional, voltados para a transformação no cotidiano do serviço, dos coletivos, tanto para as mudanças no processo de trabalho com cursos profissionalizantes, quanto para a formação técnica, concomitante ou subsequente ao ensino médio. O investimento dos recursos para o desenvolvimento dos projetos da política de educação permanente ocorreu de forma gradual e crescente ao longo deste período de 2008-2013. **Objetivo(s):** Elencar o investimento nos cursos desenvolvidos pela Política de Educação Permanente, na Região de Saúde de Dourados, 2008-2013. **Metodologia:** Pesquisa documental, quantitativa, descritiva, seccional, baseada em dados secundários do período de 2008 a 2013. As análises foram de: 72 atas da Comissão Intergestores Regionais (CIR) da região de saúde de Dourados-MS e 42 da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), além dos Relatórios Técnicos da Escola de Saúde Pública e da Escola Técnica do SUS. **Resultados:** O valor total de investimentos da política de educação permanente destinado a região de saúde de Dourados de 2008 a 2013 foi de 20% do investimento total do

estado de Mato Grosso do Sul, o que corresponde a R\$ 1.497.165,75. Destaca-se um investimento nos cursos realizados na região de saúde de Dourados no valor de R\$ 2.613.475,66, valor superior ao recebido pelas portarias no período mencionado, que só foi possível em função da contrapartida de recursos estaduais, para a formação dos profissionais nesta referida região de saúde. Isso se dá possivelmente pelo crescimento da demanda dos serviços de saúde que são expandidos a cada ano, em função do aumento de número de trabalhadores de saúde. É indispensável a criação e adoção de políticas públicas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e colaborem para o trabalho e comunidade, com vistas ao bem-estar individual e coletivo. Salienta-se a importância de serem destinados maiores investimentos para a formação permanente dos profissionais da saúde, pois estes constituem a essência da instituição e, através de seu trabalho, as organizações poderão prestar uma assistência mais qualificada, minimizando possíveis complicações, iatrogenias e reduzindo os custos com os serviços de atenção à saúde. **Agradecimento:** Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia (FUNDECT) pelo auxílio financeiro para realização desta pesquisa.

GT Educação Permanente em Saúde.

3. EVASÃO NOS CURSOS DESENVOLVIDOS PELA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE-REGIÃO DE SAÚDE DOURADOS, 2008-2013

Autora¹ Flavia Claudia Krapiec Jacob de Brito.

Coautor¹ Joel Saraiva Ferreira.

Coautor² Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves.

¹Mestre em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande; Email: flavi_jacob@hotmail.com; Relator.

²Professor Doutor do Curso de Educação Física da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande; Email: falecomjoel@hotmail.com.

³Professora Doutora do Curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados, Unidade Universitária de Dourados; Email: crhismay@gmail.com.

Introdução: A formação profissional na área da saúde é constituída de processos pedagógicos centrados no modelo médico-assistencialista, com conhecimentos técnico-científicos e métodos diagnósticos e terapêuticos. O profissional insere-se no campo de atuação prática na saúde pública e depara-se com um sistema de saúde que requer competências profissionais que não se restringem àquelas obtidas na graduação. A política de educação permanente em saúde apresenta-se como estratégia para superar possíveis dificuldades relacionadas à formação e atuação dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Analisar a evasão dos profissionais inscritos nos cursos desenvolvidos pela Política de Educação Permanente, na Região de Saúde de Dourados, 2008-2013. **Metodologia:** Pesquisa documental, quantitativa, descritiva, seccional, baseada em dados secundários do período de 2008 a 2013. As análises foram de: 72 atas da Comissão Intergestores Regionais (CIR) da região de saúde de Dourados-MS e 42 da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), além dos Relatórios Técnicos da Escola de Saúde Pública e da Escola Técnica do SUS. **Resultados:** Analisados 15 projetos da política de educação permanente em saúde, destinados à região de saúde de Dourados destes, 40% foram à atenção primária e 60% à atenção especializada e/ou gestão. A

microrregião de Ponta Porã concentra 22% dos profissionais de saúde da região e teve 78% do total dos servidores matriculados de nível superior, médio e/ou ACS da APS. Desses, 75% concluíram os cursos nos quais se propuseram a participar e 25% desistiram. A microrregião de Dourados, apesar de concentrar o maior número de profissionais de saúde, apenas 48% destes receberam a oferta de cursos, sendo que 77% concluíram, com o segundo maior índice de evasão (22%), tendo a maioria dos cursos profissionais sido realizados no município sede Dourados e os de educação permanente nos próprios municípios a fim de descentralizar os locais de oferta, facilitando a aproximação do servidor às atualizações. Não é possível afirmar o motivo das evasões dos cursos desenvolvidos na região de saúde de Dourados, mas é possível inferir que podem ter ocorrido situações em que as demandas não foram adequadamente dimensionadas, ocasionando possível desinteresse dos trabalhadores em permanecer nos cursos iniciados. É importante considerar os conhecimentos prévios dos trabalhadores, a partir da realidade vivenciada por eles, para uma maior reflexão sobre a importância da participação nos processos formativos realizados.

Agradecimento: Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia (FUNDECT) para realização desta pesquisa.

GT Educação Permanente em Saúde.

4. OS MOVIMENTOS POLÍTICOS PARA AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Elenita Sureke Abilio¹

Maria José de Jesus Alves Cordeiro²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES) e membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação, Gênero, Raça e Etnia, Unidade Universitária de Dourados (GEPEGRE), Email:lesurekeabilio@gmail.com. Relatora.

² Doutora em Educação. Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação, Gênero, Raça e Etnia (GEPEGRE), Unidade Universitária de Dourados Unidade Universitária de Dourados; Email: maju@uem.br

RESUMO

Introdução: A proposta deste trabalho é refletir sobre a formação em saúde a partir do processo de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de onde foi feito um recorte para a realização de nossa pesquisa no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Neste recorte, alinhamos a discussão sobre a importância da formação dos profissionais de saúde para atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A formação dos profissionais de Saúde sempre tem suscitado grandes discussões. E, apesar de alguns avanços, o perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas dos serviços prestados. Há uma necessidade crescente de investimento na Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de (re)significar os perfis de atuação, preparando os profissionais com competência técnica e política. **Objetivo:** Fazer uma conexão entre a proposta de formação para os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva. **Resultados:** O Ministério da Saúde tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e maneira de

cuidar, tratar e acompanhar a Saúde individual e coletiva. Sendo assim, a proposta de formação dos profissionais contidas na PNEPS deve ser direcionada para estar em sintonia, em contínua avaliação e em interface com as demais políticas de formação para atender os preceitos do SUS.

GT: Educação Permanente em Saúde

INTRODUÇÃO

Por meio de revisão bibliográfica e de referências documentais, reunimos importantes considerações para refletirmos sobre a formação dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) referenciado pelas políticas públicas nacionais que tratam da formação em serviço.

Este artigo é um recorte da pesquisa que desenvolvemos no mestrado, que tem por objeto ampliar o olhar para o ideário da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a formação em saúde através de um programa de especialização *lato sensu* - a Residência Multiprofissional em Saúde.

Considerando o exposto, a pesquisa vislumbra discorrer sobre o processo de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) a partir de onde o Ministério da Saúde investiu com mais afinco na formação dos profissionais de saúde, bem como discorrer sobre alguns acontecimentos históricos que marcam um novo processo de validação das experiências de trabalho e formação.

Durante os estudos, encontramos inúmeras pesquisas como as de Campos¹, Cecílio² e Paim³, as quais indicam as bases para um funcionamento adequado que depende de uma estrutura política e de um modelo de gestão que garantam os princípios preconizados pelo SUS⁴. No entanto, ao pensarmos em modelos de gestão, aliamos a vinculação com os modelos de Atenção citado por Merhy⁵ à grande relevância e a ênfase dada ao reconhecimento das contribuições de todos os trabalhadores de Saúde, independentemente das demarcações formais de qualificação, bem

como aos meios que podem propiciar o debate e a cooperação entre eles.

O diálogo entre o conhecimento técnico-científico, as experiências sociais e de trabalho buscam a formação de profissionais críticos, capazes de agir de maneira ética e humanizada, empenhados na compreensão do contexto histórico-cultural e na transformação da sociedade. Logo, atendendo aos preceitos do SUS, as PNEPS surgem como um instrumento orientador e mediador das ações de ensino-serviço.

OBJETIVO

Refletir sobre as propostas de formação para os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde através da análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

MÉTODO

Esta pesquisa é de referencial bibliográfico, qualitativa e descritiva. Para a construção da pesquisa, utilizamos as referências documentais das políticas de formação do Ministério da Saúde constantes em livros, cartilhas e demais documentos legais editados e disponibilizados em banco de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Movimento Político

Batista e Gonçalves⁶ citam que apesar dos muitos avanços e conquistas nas políticas de Saúde, a especialização do Cuidado, há uma distância entre o sujeito neste processo de cuidar e o que pensam as políticas e os usuários. Com isso, em meio aos trabalhadores e gestores da Saúde, tem se configurado uma grande tensão na construção do modelo de Saúde idealizado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão.

Portanto, a necessidade pedagógica que emerge perante aos novos cenários remete o profissional não apenas à formação generalista. Mas, exige que eles reflitam constantemente sobre a prática do trabalho em saúde, tornando-a significativa, compreendendo as relações humanas como parte integrante do ensino. A partir disso, Haddad *et al*⁷ *apud* Ceccim e Feuerwerker⁸ cita que são necessárias diferentes mudanças na concepção e na prática do trabalho em saúde, assim como a incorporação do ensino e do aprendizado no cotidiano das práticas sociais e na prática do trabalho, colocando os profissionais como construtores do conhecimento e não apenas como receptores.

A formação de um campo científico dá-se pelo confronto entre as formulações teóricas por ele produzidas e sua aplicabilidade na formação de políticas que coloquem esse saber em circulação na sociedade. Porém, para que isso se torne possível, é necessário que estejamos trabalhando constantemente tanto na formulação de novos conhecimentos teóricos, quanto na negociação política para sua aplicabilidade. Nesse caso, resgatando o envolvimento político necessário para análise e construção de propostas que possam servir de base para as quebras no modelo hegemônico sustentado até então pela medicina científica. (OLIVEIRA, 2009, p.42)⁹

A formação dos profissionais de Saúde que atuam no SUS suscita sempre grandes discussões e, com isso, a busca de estratégias pedagógicas que se adaptem às necessidades de saúde. Tais estratégias visam, principalmente, contribuir para a reorientação do modelo, investindo na integralidade da Atenção à Saúde, citado por Pinheiro e Luz¹⁰ Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, o que implica em novos modos de fazer Saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços/gestores, trabalhadores e população.

É citado por Lima (pag.195)¹¹ que:

De acordo com o relatório da 12^a

Conferência Nacional de Saúde, cabe ao Ministério da Saúde a proposição e formulação de uma Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da saúde: Aprendizagem no trabalho, ou seja, aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e trabalho.

Citado por Batista e Gonçalves⁶, pode-se dizer que tivemos alguns avanços nas políticas de saúde. Todavia, a formação dos profissionais ainda encontra-se muito distante do cuidado integral. Logo, verificamos o crescimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) com o objetivo de repensar as práticas e dar novo sentido aos seus perfis de atuação para que haja implantação e fortalecimento da atenção à Saúde no SUS.

Com base nas pesquisas de Oliveira⁹, é possível apontar uma crescente falta de preparo dos profissionais de saúde, faz-se uma relação do trabalho com o processo criativo que este demanda, com a dedicação e o interesse por práticas comprometidas com a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS. Aqui, constatamos a necessidade de concepção ou a oferta de propostas que possam contribuir pedagógica e metodologicamente na criação de novos modelos de formação de profissionais para o SUS.

A Potência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Fazendo um breve resgate histórico, Ceccim¹² cita que, no ano de 2003, o Ministério da Saúde passou por uma reestruturação organizacional - criou a SGTES com a responsabilidade de articular a formação e qualificação de pessoas para o setor, garantindo a

formulação das políticas orientadas especificamente para as ações referentes à formação, desenvolvimento e planejamento e gestão do trabalho em saúde. Citado por Lima, a formulação de uma política que abranja o campo de recursos humanos foi demandada pela pauta de reivindicação histórica no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, que foi validada e reafirmada desde a 8ª Conferência Nacional da Saúde.

Com a criação da SGTES, emergiu-se a proposta de formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da gestão dos trabalhadores de saúde e a necessidade de uma construção discursiva e metodológica, bem como de seus desafios para a qualificação da produção de Saúde que ainda indicava a necessidade de mudanças para que o SUS alcançasse seus objetivos.¹⁴

A PNEPS apresentada pelo Ministério da Saúde em 2003, foi instituída em 2004 pela portaria N°198/GM/MS como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, sendo colocada como ação estratégica para contribuir na transformação e na qualificação das práticas de Saúde, na organização das ações e dos serviços, nos processos formativos e nas práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento de trabalhadores da Saúde. Tudo isso implica em um trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços, gestão local, atenção à Saúde e o controle social.

Ceccin e Feuerwerker⁸ apontam que essa política foi proposta como estratégia para a adequação dos processos de formação à política de saúde idealizada. Desse modo, pensar a formação e a gestão do trabalho em Saúde não pode ser considerado questão simplesmente técnica, visto que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de Saúde e, principalmente, nas pessoas.

Com isso, provocados a pensar no processo de formação, pelas pesquisas de Ceccim¹², temos que se formar em Saúde é como um acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de questionamentos e de implicação, potência para

um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas. A interface formação, produção de subjetividade e trabalho tornam-se o território para uma escuta pedagógica em Saúde.

A PNEPS requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob essa perspectiva, o trabalho em saúde é sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhar na diversidade, construir alianças e desconstruir evidências. O investimento pedagógico quebra o que está instituído, amplia as noções de autonomia do outro e constitui espaços criativos e sensíveis na produção da Saúde.¹³

O uso do termo Educação Permanente em Saúde (EPS) é descrito por Ceccin¹² como a identidade de uma formação específica em saúde, visto que, como vertente pedagógica, tal formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde, com o reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas, onde somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

Logo, o objetivo da formação com a EPS é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de Saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em Saúde. É a produção de conhecimentos adquiridos no cotidiano das instituições de saúde com base na interrogação e mudança (pag.161)¹².

[...] a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Apresentamos agora o conceito de quadrilátero da formação. Esse embasa uma invenção do SUS para marcar o

encontro da Saúde e da Educação, remetendo às produções e invenções de ações que procuram reunir Ensino, Atenção, Gestão e Controle Social em Saúde. Esse conceito é resultante do processo de reflexão e construção de inovações para uma política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais de Saúde com caráter de Educação Permanente, isto é, uma gestão da formação integrante do cotidiano do SUS⁸.

Para Ceccim e Ferla¹³, a EPS seria não apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na Saúde, esforço de nomeação da ligação política entre Educação e Saúde. Referenciado por Oliveira⁹, a EPS veio para desnaturalizar às práticas já instituídas, dando valor aos trabalhadores para o uso e construção de novas tecnologias para o SUS, pois, a força colocada no uso do espaço de produção para construção, criação e invenção do trabalho em saúde é a diretriz central dos dispositivos utilizados para o fortalecimento dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a Saúde individual e coletiva, o que tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação⁸.

Com isso, a formação em saúde assume o grande desafio de preparar profissionais com habilidades técnicas, sociais, bem como de criar políticas dotadas não só de conhecimento técnico, mas de sensibilidade para outras questões que envolvem o contexto da atenção integral - a vida em comunidade, as questões sociais, culturais, práticas participativas e movimentos populares, devendo capacitar essas pessoas para intervir em contextos de subjetividade e complexidade.

O quadrilátero da formação é a principal referencia para se pensar a formação em saúde, visto que o agir em saúde tem a potência de afetar e ser afetado em todos os aspectos, o qual abrange

a constituição do profissional de saúde. A proposta da EPS, então, marca o encontro com as potencialidades que a formação e a prática do trabalho em saúde podem provocar no profissional quando este se sente inscrito no processo de efetivação das políticas de saúde, marcando ainda a afirmação de quanto o quadrilátero deve estar presente na discussão coletiva e avaliativa da proposta pedagógica da formação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, 5 (2): 219-230. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
2. Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica*. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
5. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - comunicação, saúde, educação*. Botucatu (SP); 2005, 16 (9): 161-177.
6. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude soc.* [Internet]. 2011 Dez. [acesso em 9 nov. 2013]; 20(4): 884-899. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>
7. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC, editores. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS/OMS; 1994.

8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004: 41- 65.
9. Oliveira CF. A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. Porto Alegre; 2009.
10. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Construção da integralidade. Cotidiano; 2003.
11. Lima LS. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia para a saúde do trabalhador. Revista FSA (Teresina), 9 (2): 187-204, Ago./Dez. 2012 Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/viewFile/48/56>.
12. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 Fev.; 9(16): 161-168. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.
13. Ceccim, RB, Ferla AA. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. Educ. Saúde, nov. 2008/ fev. 2009; 6 (3): 443-456; Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.
14. Pasche DF. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Ciência saúde coletiva [online]; 2007, 12 (2): 312-314. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200005>

5. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: EMBASAMENTOS PARA MUDANÇAS NO PERFIL ASSISTENCIAL

Natália Müller Monteiro ¹

Mayara Paula da Silva Marques ²

Danielly Ferri Gemtil ³

Ingrith Raphaele Rodrigues Calças ⁴

Cássia Reis Barbosa ⁵

¹Estudante do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), da Unidade Universitária de Dourados; Email: nat_muller@hotmail.com. Relator.

²Estudante do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), da Unidade Universitária de Dourados; Email: danielly_ferri@hotmail.com.

³Estudante do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), da Unidade Universitária de Dourados; Email: ingrith_raphaelle@hotmail.com.

⁴Estudante do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), da Unidade Universitária de Dourados; Email: mayara_paulams@hotmail.com.

⁵Professor do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), da Unidade Universitária de Dourados; Email: Email: cassia@uems.br.

RESUMO

Introdução: Planejamento Estratégico em Saúde é de suma importância para organizar os serviços de Saúde, bem como promover a maior resolutividade dos problemas, pois ele visa atingir os nós críticos que estão presentes no momento e propor ações eficazes para a realidade. **Objetivo:** O presente artigo teve como objetivo descrever os momentos do planejamento estratégico em saúde, a partir de um caso fictício sobre a morte precoce de uma paciente com câncer de mama. **Metodologia:** foi feita uma revisão de Literatura, sobre os temas Planejamento Estratégico em Saúde, Câncer de mama e Redes de Saúde e os temas secundários decorrentes dos problemas levantados, para isso utilizou-se a base

de dados Scielo e Manuais do Ministério da Saúde. **Resultados:** Assim, a revisão demonstrou a importância da utilização deste para a tentativa de redução dos casos de câncer de mama, a necessidade de um trabalho em rede articulado com atividades efetivas na saúde da mulher, recursos financeiros suficientes para subsidiar todo o processo e utilizados conscientemente, se encaixando nas reais necessidades e indicadores epidemiológicos e profissionais aptos para os atendimentos e diagnóstico precoce, reforçando aqui a necessidade de se realizar Educação Permanente nos serviços de Saúde.

GT : Educação permanente em Saúde

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema os momentos do planejamento estratégico em saúde a partir de um caso fictício que discorre a respeito do óbito de uma mulher de 34 anos em razão de um câncer de mama diagnosticado com início de tratamento tardio.

Justifica-se a escolha desse tema tendo em vista que o planejamento na área de saúde é de suma importância para elaborar um plano no processo de mudança, que possibilita a ação sobre uma determinada situação de modo eficaz.

O planejamento estratégico é considerado uma excelente ferramenta, que auxilia o administrador a estabelecer uma direção a ser seguida pela instituição, visando obter resultados positivos na relação da entidade com o seu ambiente interno e externo.

OBJETIVO

Descrever os momentos do planejamento em saúde embasados nos problemas levantados, na elaboração de diagnósticos que determinem as ações a serem tomadas na tentativa de evitar casos recorrentes e no alcance de metas propostas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma discussão fundamentada em um caso fictício, a partir do qual foi feita uma revisão de literatura, sobre os temas principais: PES, Câncer de Mama, Redes de Saúde e temas secundários decorrentes dos problemas levantados através do PES. Para a seleção dos estudos primários, foi feito o levantamento bibliográfico de artigos científicos publicados e indexados no banco de dados eletrônico SCIELO e os manuais do Ministério da Saúde. Como critério de inclusão dos artigos a) artigos publicados entre 2004 a 2014; b) redigidos em língua portuguesa ou inglesa; e c) publicações que tivessem como foco temas relacionados ao câncer de mama, planejamento em saúde e redes de saúde e os temas secundários já citados.

O caso fictício trata-se de uma mulher de um município do interior que faleceu por câncer de mama aos 34 anos de idade, a mesma por vezes foi aos serviços de saúde do município e não foi identificado o câncer em fase inicial. Além disso grande parte das mulheres esperavam por mais de seis meses em uma fila para realização do exame mamográfico e a taxa de cobertura para ginecologia desse município era baixa e sem qualificação. Tal fato repercutiu muito de forma que as autoridades se reuniram para discutir o caso.

Como formas de resolução foram percebidos por eles a necessidade de comprar um mamógrafo e de criar um serviço para atendimento as mulheres com câncer de mama. Foi compreendido e discutido que o município possui um dos maiores indicadores de mortalidade por esse tipo de câncer e ainda havia no município um mamógrafo guardado na maternidade local, sendo identificado “que desperdício de dinheiro não é uma ficção apenas”.

Por fim, os participantes da reunião chegaram ao consenso que o principal caminho para a redução do câncer de mama era o planejamento em saúde, visto que este não estava sendo realizado no município.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CÂNCER DE MAMA

São fatores de risco para o câncer de mama: antecedentes familiares, consumo de álcool e tabagismo, exposição a radiações ionizantes, grande ingestão de gorduras saturadas, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeira gestação após os trinta anos de idade e uso indiscriminado de preparados hormonais. Os sintomas do câncer de mama são: nódulos palpáveis ou tumor no seio acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações com aspecto semelhante à casca de uma laranja. O surgimento de nódulos palpáveis nas axilas também pode ocorrer².

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é um órgão do Ministério da Saúde que procurou estabelecer recomendações para redução da mortalidade pelo câncer de mama e dentre essas temos: detecção precoce que significa identificar a neoplasia no início de seu surgimento aumentando assim as possibilidades de cura; as ações de detecção precoce podem ser oferecidas para mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama (rastreamento), ou para mulheres com sinais e sintomas iniciais de câncer de mama (diagnóstico precoce), sabendo que a sobrevida no diagnóstico precoce é maior. Ressalta-se ainda que o rastreamento diminui a mortalidade em cerca de 30% nas mulheres entre 50 e 69 anos, assim quanto maior for o percentual de mulheres nesta faixa etária que realizam a mamografia de rastreamento periodicamente, maior será o impacto na redução da mortalidade, visto que o risco de câncer de mama aumenta proporcionalmente à idade³.

A prevenção é de suma importância pois consiste na eliminação ou diminuição da exposição aos fatores de risco³.

Planejamento Estratégico em Saúde (PES) aplicado ao caso fictício

Planejamento é a palavra de ordem dos dias atuais. Planejar é a arte de traçar objetivos e os meios necessários para que eles possam ser alcançados⁴.

O planejamento em saúde é dividido em quatro momentos, sendo eles: o momento explicativo caracterizado pela análise da realidade feita pelo ator que planeja, pela identificação, descrição e priorização dos problemas estratégicos; através da explicação dos problemas; determinação de suas causas e consequências através da rede de causalidade simplificada; determinação dos nós críticos, sobre os quais serão definidas operações e ações; e construção da imagem-objetivo pelo grupo participante⁵.

Portanto, algumas dificuldades encontradas no momento explicativo são: Falta planejamento baseado nos indicadores epidemiológicos; Falha no diagnóstico de câncer de mama e mortalidade precoce; Recursos críticos: materiais e humanos; Falta de qualificação dos profissionais; Falta de financiamento ou financiamento mal utilizado.

No momento normativo define como deve ser a situação ideal e o plano de intervenção para alcançar essa situação. As causas ou nós críticos darão origem aos objetivos gerais e específicos, bem como às operações e ações necessárias para alcançar o resultado final⁵.

Desse modo as propostas para resolução desses problemas são: Promover ações de Educação Permanente com os profissionais; Estabelecer contato com outros municípios; Criar um protocolo de atendimento; Planejar ações de educação com a população, campanhas de Exame Clínico de Mama (ECM) e mamografia se necessário; Planejar ações conforme as necessidades do município; Buscar mais financiamentos e utilizá-los com viabilidade, atentando-se para as necessidades da população e do município.

O momento estratégico analisa e constrói a viabilidade do plano nas dimensões política, econômica, cognitiva e organizativa, bem como define estratégias quando são identificadas interferências negativas que inviabilizam o processo. Esse é o momento de pensar

como deve ser a articulação entre o “deve ser” (desejo) e o “pode ser” (realidade)⁵. Este momento nos levou a pensar nos nós críticos dessa situação problema e propor possíveis formas de resolução para cada um:

1. Nó crítico: Falta de integração entre redes de serviço em saúde. Resoluções: Articular com os municípios vizinhos; Elencar as prioridades; Analisar conforme a realidade de cada nível de assistência o que pode ser realizado, tanto financeiramente como em mão de obra.

2. Nó crítico: Lentidão na marcação de exame. Resoluções: Estabelecer um fluxo de atendimento, obedecendo às prioridades; Utilizar os aparelhos de exames disponíveis, com vistas à resolutividade.

A marcação de exames no Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado através de um sistema *online*, denominado Sistema Nacional de Regulação (SisReg) criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos⁶.

3. Nó crítico: Desqualificação profissional. Resolução: Realizar constantemente educação permanente com os profissionais tanto de ensino fundamental, médio e superior, conforme a necessidade dos serviços, abordando dentre outros temas: ECM, mamografia, protocolos, prevenção do câncer, saúde da mulher, saúde do adolescente.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. É Realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a

transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho⁷.

A EPS se baseia no processo de trabalho e na sua transformação, é contínua, assegura a participação multiprofissional e interdisciplinar e se constitui em um processo ensino-aprendizagem no trabalho⁸.

Para fazer um trabalho na atenção básica é necessário que envolva educação permanente partindo - se dos problemas observados na prática⁹.

4. Nó crítico: Uso indevido do financiamento e dos materiais. Resolução: Sensibilizar os gestores quanto aos investimentos em qualificação dos trabalhadores;

Os recursos materiais em saúde são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/ atividades assistenciais aos pacientes¹⁰.

5. Nó crítico: Uso inadequado dos indicadores epidemiológicos. Resolução: Utilizar os indicadores epidemiológicos como embasamento para o planejamento em saúde.

Nesta perspectiva a epidemiologia caracteriza-se como uma parte da ciência da saúde responsável pelo estudo da ocorrência, em determinada população, de eventos relacionados à saúde. Objetivando descrever as condições de saúde, investigar os fatores determinantes e avaliar o impacto das ações para alterar a situação de saúde¹¹.

6. Nó crítico: Falta de organização no processo de trabalho. Resoluções: A resolução desse nó crítico envolve todas as resoluções dos nós críticos abordados acima.

O processo de trabalho¹² tem como foco principal a produção do cuidado, com ênfase na mobilização dos atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Dentre os nós críticos encontrados percebemos com ênfase a necessidade de realizar educação permanente dos profissionais

com sensibilização dos mesmos e capacitação para que ocorra essa integração dos serviços disponíveis, bem como dos próprios profissionais, afim de que melhor qualificados em relação ao exame clínico e detecção de alterações, possam realizar os devidos encaminhamentos bem fundamentados e possam ser liberadas as vagas com a devida classificação de risco.

No momento tático operacional os momentos anteriores transformam-se em ações concretas e ocorre o monitoramento das ações e seus ajustes. É o ponto central na mediação entre o conhecimento e a ação⁵.

O momento tático-operacional somente será efetivado a partir da capacitação dos profissionais, elaboração do fluxograma, estabelecimento de vínculos com outros municípios, melhor uso dos recursos materiais e financiamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa maneira percebemos a grande importância da aplicação do PES considerando seus quatro momentos (estratégico, explicativo, normativo e tático-operacional) nos serviços de saúde, que vai desde a avaliação dos dados epidemiológicos, educação permanente dos profissionais de ensino fundamental, médio e superior, estruturação dos serviços, com estabelecimento de fluxograma de atendimento, atividades de orientação à população, capacitação dos gestores, aplicação adequada dos recursos materiais, vínculos e redes de serviços com outros municípios dentre outras medidas.

O PES vem na tentativa de estruturar os serviços, melhorar o atendimento, humanizar os profissionais, no intuito de prestar uma assistência de qualidade que atenda conforme os princípios do SUS com equidade, integralidade, universalidade e participação popular, visando melhoras que se adéquem a realidade da população.

O câncer de mama é uma alteração com grandes índices de cura, se a paciente tiver acesso ao diagnóstico e tratamento

precocemente, explicitando assim a importância de orientar essa população e qualificar profissionais e gestor. Destaca-se nesse processo a importância da Educação permanente como forma de capacitação dos profissionais, visando melhorar o processo de trabalho, bem como o diagnóstico precoce e melhora da assistência de forma geral, fortalecendo ainda a atenção básica e todos os serviços de saúde. Destacando que a EPS é uma ótima ferramenta dentro do PES.

Vale ressaltar que o PES deve ser aplicado não só em relação à saúde da mulher, ou mais especificadamente como no caso ao câncer de mama, mas, em todos os serviços de saúde de acordo com as necessidades locais e baseando-se na epidemiologia.

REFERÊNCIAS

1. Mendes, O, Raiser, G. Planejamento estratégico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. Blumenau (SC), v.3, n.4, p.230-240, 2008.
2. Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher**./ Secretaria Municipal de Saúde. - Tubarão: Ed. Copiart, 2010.
3. Instituto Nacional de Câncer. **Recomendações do INCA para reduzir a Mortalidade por câncer de Mama no Brasil**, 2009. [Acesso em 2014 Out 14]. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/folder_rosa3.pdf>
4. NETO, F. C. PEREIRA, K. S. **Planejamento Estratégico para Municípios**. Pesquisa apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, da Fundação Getúlio Vargas, para conclusão do Curso Intensivo de Pós-Graduação em Administração Pública – CIPAD III. Rio de Janeiro, 2008. [Acesso em 2014 Out 14] Disponível em:<http://www.ecg.tce.rj.gov.br/arquivos/08CIPAD_NetoFlavia.pdf>.
5. Gardini, DM, Pereira, J, Nunes, RS. **Planejamento**

Estratégico Situacional: resultados da aplicação do plano operativo em uma farmácia de referência do município de Florianópolis / SC. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2013. [Acesso em 2014 Out. 20]. Disponível em:

<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Volume-3-Artigo-4.pdf>.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Informática do SUS- DataSus. **Sistema Nacional de Regulação**. Brasil, 2014. [Acesso em 2014 Out 28]. Disponível em: <<http://sisregiii.saude.gov.br/>>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

8. Sardinha Peixoto, L. Cuzatis Gonçalves, L. Dutra da Costa, T. Tavares, CMM, dantas Cavalcanti, AC. Antunes Cortez, E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**. Nº 29, Enero 2013. [Acesso em 2015 Ago 25]. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144121>.

9. Cardozo, DD. **Educação Permanente e Continuada em Saúde e Suas Influências no Processo de Trabalho de Equipes de Atenção Primária à Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação Especialização em Práticas Pedagógicas Para o Ensino em Saúde. Porto Alegre, 2010. [Acesso em 2015 Ago 25]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32961/000760628.pdf?sequence=1>.

10. Garcia, SD, Haddad, MCL, Dellaroza, MSG; Costa, DB; Miranda, JMM. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de**

Enfermagem [online], v.65, n.2, p. 339-346, 2012.

11. Alves, AR **O uso da epidemiologia no planejamento das ações de saúde: um estudo nos PSF's de Formiga-MG.** 2008

12. Kawata, LS, Mishima, SM, Chirelli, M. Q, Pereira, MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis (SC) v. 18, n. 2, p. 313-20, 2009.

6. ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: EDUCAÇÃO PERMANENTE *vs* SEGURANÇA DO PACIENTE

Idalina Cristina Ferrari¹

Rogério Dias Renovato²

Maria Jose de Jesus Alves Cordeiro³

Lourdes Missio⁴

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde. Relator
Email: idalina_ferrari@hotmail.com

² Professor Orientador Doutor do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde
Email: rrenovato@uol.com.br

³ Professora Doutora do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde
Email: maju@uem.br

⁴ Professora Doutora do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde
Email: lourdesmissio@uem

RESUMO

Introdução: Os profissionais da saúde devem ser capacitados continuamente e estar qualificados para avaliar o paciente e entender o contexto que ele vive suas necessidades e assim coletar informações precisas para a melhor definição do plano de cuidados para o tratamento oncológico. O enfermeiro e o técnico de enfermagem são o elo entre paciente, família e os demais membros da equipe e isso fica explícito no cotidiano dos pacientes oncológicos, faz-se o papel de educador, orientando e reconduzindo a equipe a trabalhar de uma forma segura, coesa e humanizada. **Objetivo:** Identificar a interferência da educação continuada na segurança do paciente oncológico e seus desdobramentos. **Metodologia:** Utilizado a análise documental existente sobre educação continuada e a enfermagem oncológica. Utilizado: teses, artigos e dissertações *on line*. **Descritores:** educação continuada, segurança do paciente e enfermagem oncológica. A seleção dos estudos a serem pesquisados orientados pela busca bibliográfica nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS e

PubMed. A seleção dos artigos foi conduzida baseando-se nos descritores e nas publicações dos últimos 10 anos (2005 – 2015). **Resultados:** Este trabalho tem relevância para o ambiente oncológico, como discussão para o saber do enfermeiro, o que ele carrega e traz de seus conhecimentos prévios e da sua equipe, na educação continuada. A necessidade do profissional capacitado é forte neste campo de alta complexidade e precisa de um desenvolvimento profissional com atualização técnico-científico. O cotidiano dos sujeitos, principalmente dos enfermeiros, mostra um movimento para a melhoria da educação continuada no serviço oncológico, voltado para questões da humanização e melhoria da qualidade do atendimento em saúde, a intenção de contribuir para o serviço e transformar a realidade mediante discussões e reflexões. Essa área demanda da educação continuada demanda tempo que muitas vezes acaba sendo voltado somente para assistência, requer um dimensionamento de pessoal maior para o planejamento das ações de ensino.

Palavras Chaves: Educação Permanente, enfermagem, oncologia

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências¹.

Os profissionais da saúde devem ser capacitados continuamente e estar qualificados para avaliar o paciente e entender seu contexto que ele vive suas necessidades e assim coletar informações precisas para a melhor definição do plano de cuidados para o tratamento oncológico.

A educação continuada (EC) é tradicionalmente desenvolvida no setor saúde e de enfermagem como processo de extensão do modelo escolar e acadêmico, ênfase na ciência, bem

como fonte de conhecimento, portanto, fundamentada na ciência técnica-científica, ressaltando os cursos e treinamentos orientados a cada categoria profissional⁽²⁻³⁾.

A discussão em nível mundial sobre a segurança do paciente foi retratada com mais ênfase na Organização Americana da Saúde em 2005, sendo criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente. Já em 2008 o Brasil criou estratégias para enfermeiros em diversas instituições de saúde e educação, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem com qualidade.

A segurança do paciente, sua melhoria e, conseqüentemente, a qualidade da assistência à saúde tem sido, nos dias modernos, globalmente enfatizados. Há mais de dois mil anos Hipócrates afirmou “... *Primum Non nocere...*” (primeiro, não cause dano); no entanto, as discussões sobre esta temática são recentes, e até pouco tempo os erros eram considerados inevitáveis e associados à falta de preparo profissional.⁴

O enfermeiro e o técnico de enfermagem são o elo entre paciente, família e os demais membros da equipe e isso fica explícito no cotidiano dos pacientes oncológicos, faz-se o papel de educador, orientando e reconduzindo a equipe a trabalhar de uma forma segura, coesa e humanizada.

Ao discutir a atuação da continuada na enfermagem oncológica pode-se trazer a tona questões relacionadas à atualização da equipe de trabalho, bem como o nível de informação que esta equipe busca para sanar possíveis dúvidas, pois se trata de um assunto delicado e em evidência, diante de numerosas pesquisas sendo publicadas diariamente sobre a temática em questão.

Desta forma, verificar se os profissionais continuam ou deixam os estudos após concluir a graduação ou o curso técnico é uma grande ferramenta para poder apontar possíveis lacunas na formação por conta das atualizações e inovações constantes relacionadas à oncologia. Neste contexto o estudo teve como objetivo identificar a interferência da educação continuada na segurança do paciente oncológico e seus desdobramentos.

METODOLOGIA

Utilizado a análise documental existente sobre educação continuada e a enfermagem oncológica. Utilizado: teses, artigos e dissertações *on line*. Descritores: educação continuada, segurança do paciente e enfermagem oncológica. A seleção dos estudos pesquisados nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS e PubMed. A seleção dos artigos foi conduzida baseando-se nos descritores e nas publicações dos últimos 10 anos (2005 – 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tanto nas instituições hospitalares quanto nas instituições ambulatoriais o tratamento para o paciente oncológico, a enfermagem desempenha um papel importante para a realização segura dos procedimentos assistenciais voltados para o paciente, além dessas ações, a orientação e a educação preventiva também se faz presente, visando o auto cuidado e facilitando a reintegração social deste cliente.

Este trabalho teve relevância para o ambiente oncológico, como discussão para o saber do enfermeiro, o que ele carrega e traz de seus conhecimentos prévios e da sua equipe, na educação continuada. A necessidade do profissional capacitado é forte neste campo de alta complexidade e precisa de um desenvolvimento profissional com atualização técnico-científico por diversos meios (especializações, residências, educação continuada, congressos). A instituição que vai abrigar este profissional também precisa dar suporte para que a educação em saúde aconteça efetivamente, com encontros e discussões sistemáticas para que seja alcançado um nível melhor de aptidão desta enfermagem oncológica.

A busca de conhecimento tem sido uma apreensão constante na trajetória evolutiva da biografia da enfermagem no mundo e no Brasil, nos últimos trinta anos, através da implantação dos cursos de pós-graduação “*stricto sensu*” (mestrado e doutorado). Essa preocupação reflete o empenho das enfermeiras em inserir nos âmbitos de suas ações a arte coligado a ciência, a fim de enfrentar os desafios que lhes são impostos, e que já são

pertinentes da própria profissão, é “valorizar-se nas relações com os assistidos e seus pares, e identificar-se como profissão no mundo”. E fazer da educação continuada um caminho a ser trilhado a fim de aprimorar a sua assistência aos seus clientes.⁵

A concepção de Educação Continuada é majoritariamente orientada para o preparo de determinada função e melhor desempenho do trabalhador com ênfase em treinamentos, palestras e cursos, tendo em vista a evolução científica e tecnológica.⁶

Desse modo a educação continuada no setor saúde deve ser um procedimento vasto e abrangente, perpetrando parte de discussões sobre as políticas públicas de saúde que contenham as relações entre, educação e saúde, competência técnica e política e saber e poder, ainda para que se torne parte de uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de indivíduos e ser planejada conforme as necessidades individuais ou institucionais, ou seja, devem utilizar métodos que identifiquem o problema, levando em conta a realidade do local, para então propor soluções pautadas nas necessidades locais.⁷

É preciso compreender que educação é algo mais abrangente do que um grupo que se reúne para aperfeiçoar tecnológica e cientificamente, nesta perspectiva, por que não pensar em utilizar uma pedagogia problematizadora? Trazendo para as discussões as diferentes realidades e considerando o contexto socioeconômico, político, cultural e ideológico no qual o sujeito está inserido? A problematização facilita no momento da educação continuada como uma forma de ter mais atenção para o assunto e do espectador, profissional da saúde, de fazer uma ligação direta de pensamentos com o seu cotidiano, assim pode também falar das suas experiências anteriores positivas ou negativas frente ao tema discutido na educação continuada.⁸

Outro ponto a levar em consideração é as instituições na sua maioria têm um local destinado para a educação continuada, onde são realizadas atividades educativas próprias, facilitando o processo de ensino aprendizagem, porém isto não impede que o profissional fique engessado a este sistema físico, podendo ser utilizadas outras formas para a realização deste.

A participação de enfermeiros assistenciais na EC é essencial já que ele mantém contato direto e permanente com o cliente e sua família, podendo falar das suas vivências e colaborar com toda a equipe de enfermagem, pois ele percebe a realidade e avalia as necessidades.

CONCLUSÃO

O conjunto dos relatos dos trabalhadores de enfermagem quanto aos resultados esperados em decorrência das atividades educativas mostra que predomina a expectativa de melhorar a qualidade de assistência, embora se observem diferentes sentidos para isso, em especial, no que se refere aos resultados a curto prazo e a médio e longo prazo.⁶

O cotidiano dos sujeitos, principalmente dos enfermeiros, mostra um movimento para a melhoria da educação continuada no serviço oncológico, voltado para questões da humanização e melhoria da qualidade do atendimento em saúde, a intenção de contribuir para o serviço e transformar a realidade mediante discussões e reflexões. Essa área demanda da educação continuada demanda tempo que muitas vezes acaba sendo voltado somente para assistência, requer um dimensionamento de pessoal maior para o planejamento das ações de ensino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Rigobello MCG, Carvalho REMF, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.5, pp. 728-735.
- 2.Girade, MG, Cruz EMNT, Stefanelli, MC. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 105-110.
- 3.Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada

em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.30, pp. 121-134.

4. Anvisa. Ministério da Saúde. *Boletim Informativo sobre a Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde*. Brasília, DF: GGTES/ANVISA, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 25 maio. 2015.

5. Moreira MC *et al.* A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2006 , out-dez; vol. 15, n. 4, pp. 595-600.

6. Peduzzi M, Montanha D. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 597-604.

7. Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Munari DB. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletrônica Enferm. [Internet]*, 2012, jul-set; vol. 14, n. 3, pp. 618-2.

8. Murback SESL. *Educação continuada em saúde coletiva: desafios e possibilidades*. 2008. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Unicamp.

7. IMPACTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE DOURADOS.

Kátia Gianlupi¹

Karine Sakae Yamanari de Melo²

Márcia Regina Martins Alvarenga³

¹ Nutricionista, mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: katiagianlupi@hotmail.com. Relator

² Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Dourados-MS. E-mail: karinesy@hotmail.com

³ Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: marciaregina@uem.br

RESUMO

Introdução: Práticas alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida são fundamentais para a promoção da saúde de crianças menores de dois anos, no entanto, essas práticas são cada vez menos prevalentes. Desta forma, em 2012, o Ministério da Saúde propôs a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) objetivando a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, através da educação permanente, visando reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. Neste contexto, os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF de Dourados realizaram no ano de 2014 a capacitação da EAAB nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município, visando à formação de multiplicadores destes conhecimentos. **Objetivos:** Descrever a prática de educação permanente desenvolvida pelos profissionais do NASF por meio da EAAB e apresentar seus impactos nas ESF deste município. **Metodologia:** As oficinas da EAAB foram realizadas mediante um

cronograma prévio, sendo capacitadas 43 ESF e 3 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 100% das equipes do município. Utilizou-se como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva. Aplicou-se a roda de conversa para o desenvolvimento da prática educativa. Essa técnica permite que os participantes exponham suas impressões, conceitos, dúvidas e concepções, assim como proporciona uma reflexão sobre os apontamentos feitos pelo grupo. **Resultados e Discussão:** As equipes levantaram as principais dificuldades para o desenvolvimento das ações desta estratégia. Sendo assim, apontou-se alternativas para superar essas dificuldades, enfatizando-se que as propostas de ações deveriam estar inseridas no cotidiano do processo de trabalho da equipe e que deveriam ser desenvolvidas por todos os profissionais para não aumentar essa sobrecarga. A EAAB é uma estratégia efetiva na promoção dos hábitos alimentares saudáveis na infância, uma vez que proporciona aos profissionais da Atenção Básica habilidades necessárias para a abordagem qualificada dos usuários.

GT: 4 Educação Permanente em Saúde.

301

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno e a alimentação complementar saudável constituem-se práticas alimentares fundamentais para a promoção da saúde de crianças menores de dois anos e seus benefícios são prolongados até a vida adulta¹.

No entanto, é cada vez menor a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, bem como do aleitamento materno complementar até os dois anos de idade².

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros são caracterizados pelo crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além

do leite materno, e no autocontrole do processo de ingestão de alimentos, para atingir o padrão alimentar cultural do adulto³. Assim, torna-se inquestionável a importância da alimentação da criança nessa fase, uma vez que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem, não só levar a prejuízos imediatos na saúde da criança, elevando a morbimortalidade infantil, como também deixar sequelas futuras como retardo no crescimento, atraso escolar e doenças crônicas não transmissíveis⁴.

Desta forma, o Ministério da Saúde em 2012, propôs a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) objetivando a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, através da educação permanente, visando reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS⁵.

A educação permanente pode ser entendida como uma “prática de ensino-aprendizagem no trabalho”, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e organizações, sendo feita a partir da problematização do processo de trabalho, buscando transformar suas práticas⁶.

Neste contexto, considerando a importância de práticas alimentares saudáveis para a promoção da saúde nos primeiros anos de vida, os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF de Dourados realizaram no ano de 2014 a capacitação da EAAB nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município, visando à formação de multiplicadores do conhecimento, tornando-se pilares para a promoção, proteção e apoio a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável continuamente. **Objetivos**

Descrever a prática de educação permanente desenvolvida pelos profissionais do NASF por meio da EAAB e apresentar seus impactos nas ESF do município de Dourados.

METODOLOGIA

As oficinas da EAAB foram realizadas mediante um cronograma prévio pactuado entre as equipes de ESF, NASF e Secretaria de Saúde do município, devido à necessidade de organização da rotina do processo de trabalho a fim de que todos os membros das equipes pudessem participar de forma ativa.

No município de Dourados foram capacitadas 43 ESF e 3 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 100% das equipes existentes no município de Dourados.

Cada encontro aconteceu em aproximadamente quatro horas, sendo dividido em: Apresentação da Estratégia; dinâmica de apresentação; acordo de convivência; estudo em grupo dos Dez Passos da Alimentação Saudável Para Crianças Menores de Dois Anos; Levantamento das principais dificuldades na promoção do Aleitamento Materno; discussão das Boas Técnicas de Comunicação; debate sobre a importância do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN para o monitoramento do estado nutricional e das práticas alimentares de crianças menores de dois anos; planejamento de ações a serem desenvolvidas pelas ESF e avaliação da oficina.

Foram repassados às equipes os materiais de apoio fornecidos pelo Ministério da Saúde contendo: Caderno de Orientações para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviço de Saúde; Álbum seriado dos Dez Passos da Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos; Caderno Dez Passos para Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos; Caderno de Receitas Regionais para Crianças de 6 a 24 meses e Gibi Turma da Mônica “Alimentos Saudáveis”. Os materiais utilizados nas oficinas foram: Data show, Flip Chart, cartolinas, colas, recortes de revistas e canetões.

Utilizou-se como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva que é desenvolvida por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de texto, troca de experiência, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação, conforme preconizado

pelo Ministério da Saúde⁵.

Aplicou-se a roda de conversa para o desenvolvimento da prática educativa como ferramenta de ensino, na qual foram valorizados os saberes e as experiências prévias sobre o tema abordado. Essa técnica permite que os participantes exponham suas impressões, conceitos, dúvidas e concepções, assim como proporciona uma reflexão sobre os apontamentos feitos pelo grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as equipes de ESF, os profissionais que participaram das oficinas de capacitação da EAAB foram: médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal e de enfermagem e auxiliares de serviços gerais, bem como os facilitadores composto pelos profissionais da equipe multiprofissional do NASF (nutricionistas, psicólogas e fisioterapeutas) e ainda estagiários do curso de Nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados, alunos do Programa de Educação para o Trabalho e estagiários da residência Multiprofissional do Hospital Universitário de Dourados.

Foram levantadas pelas equipes as principais dificuldades para o desenvolvimento das ações de alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos, sendo elas: falta de apoio da gestão municipal (material educativo de apoio, recursos financeiros, estrutura física para o desenvolvimento de ações, cobrança em relação à produtividade da equipe, sobrecarga de trabalho, entre outros), resistência das famílias influenciadas pela mídia e pela cultura, mitos e tabus e ainda a falta de apoio das empresas privadas para a manutenção do aleitamento materno.

Como alternativa para superar as dificuldades apontadas, enfatizou-se que as propostas de ações a serem desenvolvidas deveriam estar inseridas no cotidiano do processo de trabalho e que podem ser desenvolvidas por todos os profissionais de forma que não aumente a sobrecarga da equipe.

Os planos de ação mais propostos pelas equipes foram: criação

e/ou fortalecimento dos grupos de gestantes e puericultura; abordagem da temática do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável nas visitas domiciliares e consultas médicas e de enfermagem; intensificação do preenchimento e monitoramento do SISVAN; elaboração de cartazes e folders relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável; ações pontuais sobre a temática; oficinas de papinhas; entre outros.

Constatou-se que a EAAB é uma estratégia efetiva na promoção dos hábitos alimentares saudáveis na infância, uma vez que proporciona aos profissionais da Atenção Básica habilidades necessárias para a abordagem qualificada potencializada pelo processo de escuta, permitindo além da multiplicação do conhecimento, o empoderamento do usuário da rede em relação à tomada de decisão sobre os hábitos alimentares da criança⁸.

CONCLUSÃO

Observou-se que a maioria das equipes de ESF colocou em prática seus planos de ação, embora tenham enfrentado muitas dificuldades, as quais ainda precisam ser minuciosamente discutidas, as potencialidades desta prática superam esses obstáculos, enfatizando a importância em inseri-las no processo de trabalho de cada equipe. Isso posto, reafirma a necessidade de ações contínuas de educação permanente dos profissionais de saúde atuantes nas políticas de atenção à saúde da criança.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. Cad. Saúde Pública. 2014 [acesso em: 25 de Agosto]; 30(8): 1695-1707. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000801695&script=sci_arttext

- 2 Moura PF, Lima AVBS, Magalhães FPM, Almeida CCB, Ceschim EWRB. Rede de proteção ao aleitamento materno no sistema único de saúde: uma experiência multiprofissional. *In: Anais II INESCO Congresso Paranaense de Saúde Pública*, 2014; Paraná.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: guia prático para o profissional da saúde na atenção básica. – Brasília: MS, 2013.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (EMPACS): Caderno do Tutor – Brasília: MS, 2010.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). 2015 [acesso em: 25 de Agosto]; disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação em Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009.
- 7 Melo Mch, Cruz Gc. Roda De Conversa: Uma Proposta Metodológica Para a Construção de Um Espaço de Diálogo no Ensino Médio. *Imagens da Educação*. 2014; 4 (2): 31-39.
- 8 Campos AAO, Cotta RMM, Santos AK, Araujo RMA. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(2): 529-538.

8. IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE FAVORECENDO A ATUAÇÃO CRÍTICA, REFLEXIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Franciele Nunes de Oliveira¹; Marjorie Ester Dias Maciel²;
Luciana Aparecida Carvalho Barbosa³; Dioelen Virginia
Borges Souza de Aquino Coelho⁴; Joshiley Coelho Guindo
de Aquino⁵

¹Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS
Email: franciele_enf@hotmail.com. Relatora

²Aluno do curso de Doutorado em Enfermagem/EE-USP
E-mail: marjorieester@yahoo.com.br

³Aluna especial do curso de Mestrado em Ensino e Saúde/UEMS
Email: luci_enfermagem@hotmail.com

⁴Aluna do curso de Mestrado em Biologia Geral/Bioprospecção FCBA/UFGD
E-mail: dioaquinocoelho@gmail.com

⁵Aluno do curso de especialização em Metodologias para Ensino Superior a
Distância/ANHANGUERA
E-mail: joshileycoelho@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Educação Permanente agrega novas atividades de atuação de forma crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente. Para isso é necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre os trabalhadores, gestores e serviços, possibilitando também a participação de todos os profissionais envolvidos na assistência. A Portaria de nº 198/GM/MS a define como uma aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar são incorporados em suas atividades diárias. **Objetivo:** Apontar os benefícios que implantação da comissão de Educação Permanente traz para o serviço de enfermagem no Hospital da SIAS. **Metodologia:** No primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico em portarias e artigos sobre o tema. Em seguida foi estruturada a comissão formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a qual levantaram os principais

problemas enfrentados no dia a dia de trabalho, a fim de discutir as possíveis soluções frente a estes problemas. **Resultados:** Com o desenvolvimento da comissão foram envolvidos todos os profissionais da equipe, discutindo a necessidade das capacitações de acordo com a execução de suas atividades. Sendo este um momento e espaço para pensar e repensar o fazer no trabalho, onde o trabalhador constrói e destrói norteado por valores políticos, culturais e éticos. Ao mesmo tempo, possibilita o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, das instituições e como consequência uma qualidade na assistência prestada aos usuários. Diante do aprendizado e da adaptação às novas situações e mudanças, existe uma colaboração mútua entre os envolvidos e assim uma organização nos serviços coerentes com a necessidade da população. De forma geral a educação permanente contribuiu para melhorar a qualificação dos profissionais, uniformizar e sistematizar um atendimento aos pacientes, proporcionando assim uma assistência de qualidade e segura a população assistida.

GT: 4 Educação Permanente em Saúde.

9. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO EM SERVIÇO: RESIDENTES, PRECEPTORIA E TUTORIA

Paula Aparecida dos Santos Rodrigues¹

Cátia Paranhos Martins²

¹Psicóloga Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - ênfase em Atenção à Saúde Indígena da UFGD; Email: paula_asr147@hotmail.com.Relator.

²ProfessoraTutora e Orientadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFGD; Email: catiaparanhos@hotmail.com

Introdução: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), é uma modalidade de ensino em pós-graduação *lato sensu* voltada à educação em serviço. Teve início em 2010, incluindo as especialidades de Psicologia, Enfermagem e Nutrição no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de contemplar a integralidade por meio da ação multiprofissional com as ênfases em Atenção Cardiovascular e Atenção à Saúde Indígena. No Programa, os Residentes conhecem e atuam nos setores do Hospital Universitário (HU), Atenção Básica, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), Hospital Evangélico e no Hospital e Maternidade Porta da Esperança-Missão Presbiteriana Caiuá, vivenciando as rotinas dos serviços e dos usuários da região de Dourados/MS. A preceptoria, composta por trabalhadores dos locais de estágio, oferece suporte e orientações junto aos residentes, inseridos nos campos de prática. O Programa da RMS conta também com aulas teóricas e pesquisas. Os residentes recebem suporte teórico da Tutoria, docentes das três especialidades, vindos da UFGD e Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS). Nesse processo de formação em saúde, são fomentados espaços coletivos de discussão, tais como projetos de ensino e pesquisa, supervisões e acompanhamentos clínicos com estudos de casos, junto à tutoria, preceptoria e convidados, contemplando temas emergidos dos atendimentos, com pensar

crítico sobre a prática apresentada. **Objetivo(s):** Compreender os encontros produzidos no processo de educação na RMS, quanto as relações e suas produções científicas e subjetivas, entre residentes, preceptoria e tutoria, diante do desafio da educação em serviço e compreensão do cuidado em saúde no SUS. **Metodologias:** Este é um relato de experiência sobre a inserção do residente em equipe multiprofissional, através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na rede SUS. Para tanto, considera os envolvidos nesse processo de educação e seus encontros, podendo incluir os residentes, a preceptoria e a tutoria, imersos

na ação reflexiva dos encantos e desconfortos observados e vividos nos campos de prática. **Resultados:** A RMS traz a educação como proposta de mudança e mobilização de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, operando nas relações de ensino e aprendizagem com contribuição na produção de sujeitos coletivos transformando realidades, bem como, novas práticas na saúde onde a produção pedagógica e a produção do cuidado caminham sintonizadas.

GT:4 – Educação Permanente em Saúde

INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) é uma modalidade de ensino em pós-graduação lato sensu voltada à educação em serviço. Teve início em 2010, incluindo as especialidades de Psicologia, Enfermagem e Nutrição no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), formando equipes com um residente de cada área. A RMS tem o objetivo de contemplar a integralidade por meio da ação multiprofissional entre as áreas, sendo que possui as ênfases em Atenção Cardiovascular e Atenção à Saúde Indígena¹.

No Programa, os Residentes conhecem e atuam nos setores do Hospital Universitário (HU), além disso, participam de estágios externos ao HU com experiências na Atenção Básica, na

Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) e no Hospital e Maternidade Porta da Esperança-Missão Presbiteriana Caiuá, vivenciando as rotinas dos serviços e dos usuários indígenas da região de Dourados/MS, de cada ponto de atenção da rede SUS.

O Programa da RMS conta também com aulas teóricas e pesquisas. Divididos por equipes multidisciplinares, os residentes apresentam casos clínicos e estudos sobre campos de atuação para debates com os demais residentes, preceptores e tutores das Universidades formadoras-UFGD e Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS). Participam de aulas comuns a todos os residentes em disciplinas de Fisiopatologia Sistêmica, Tópicos especiais em Saúde e Sistema Único de Saúde. Há, também, aulas de Tópicos Especiais ministradas para as equipes de cada segmento profissional e neste espaço se agregam os estudos dirigidos e supervisão.

Neste trabalho discutiremos as contribuições e as experiências a partir dos encontros que acontecem no processo de educação da Residência Multiprofissional em Saúde. Aqui destacamos residentes, preceptoria e tutoria, inseridos no desafio da indissociabilidade do ensino e do cuidado, da teoria e da prática, do pensar e do fazer, bem como, do ser e estar na possibilidade de tornar-se.

OBJETIVOS

Esse trabalho busca compreender os encontros produzidos no processo de educação na RMS, no que diz respeito às relações entre os agentes inseridos, suas produções científicas e subjetivas. Aqui se consideram residentes, preceptoria e tutoria, diante do desafio da educação em serviço e compreensão da integralidade do cuidado em saúde no SUS. Para tanto, é necessário imergir nos espaços de diálogo, construídos ao longo do tempo, que se apresentam em situações diversas ao coletivo da Residência Multiprofissional em Saúde.

MÉTODO

Este é um relato de experiência da inserção do residente em equipe multiprofissional na rede SUS. A RMS possibilita a oportunidade de mobilização daquele que ao mesmo tempo que trabalha, está na condição de aluno, instigado à ação reflexiva dos encantos e desconfortos observados e vividos nos campos de prática. Para isso, é importante o caminhar junto da preceptoria na rotina dos serviços, vivenciando tais fenômenos nos atendimentos oferecidos, no que compreende a singularidade do usuário e sua família, os aspectos políticos e institucionais junto da equipe e a rede de atenção à saúde. Dessa forma, a tutoria traz como contribuição a reflexão teórico-conceitual desse processo, complementando com a análise crítica e científica do cuidado em saúde e seus desdobramentos. Para tanto, é necessário tocar a politização da formação em saúde, como os princípios do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente, a Política Nacional de Humanização, entre outras inspirações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante das aproximações e inserções em setores e serviços de saúde, ao residente é possível refletir sobre a experiência de estar junto. Pode-se destacar o estar junto dos trabalhadores de saúde, inseridos no contexto político e institucional, com práticas impactadas por tal processo. Estar junto das reflexões teórico conceituais da tutoria torna possível a ampliação técnico-científica de tais práticas, possibilitando assim, considerações sobre os desafios de ser e estar do trabalho no SUS. Dessa forma, torna – se possível refletir sobre as demais possibilidades do que “vem a ser” ao refletir “o que já vivi”².

A Resolução nº 02 de 13 de Abril de 2012, que dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde, traz no artigo 12 a inserção da tutoria como atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, implementando estratégias pedagógicas ao integrar saberes e práticas com a articulação de ensino e serviço.

Assim, traz a importância de planejamentos e qualificação dos serviços, auxiliando na invenção e reinvenção de tecnologias de atenção e gestão em saúde. O olhar também se volta ao Projeto Pedagógico, orientações de trabalho de conclusão de residência e avaliação dos residentes, contribuindo com o caráter construtivo do Programa.

Na mesma resolução, no Artigo 13 vem a função da Preceptoria, caracterizando-se pela supervisão direta das práticas desempenhadas pelos residentes nos serviços vinculados ao Programa de Residência. Sendo assim, a preceptoria é composta por profissionais da mesma área profissional do residente sob supervisão, compartilhando as vivências do cenário de prática. Para tanto, pode auxiliar no desenvolvimento dos planos de atividades, facilitar e mediar a integração do residente com a equipe de saúde e usuários, participar junto aos residentes das atividades de pesquisa e projetos de intervenção, identificar dificuldades na qualificação dos residentes e encaminhamento à tutoria quando necessário, proceder junto a tutoria no processo avaliativo, escalas de plantões e férias, orientar e auxiliar na construção do Programa junto aos demais atores.

O Artigo 15 traz ao residente, a denominação de Profissional de Saúde Residente, com atribuições de articular suas atividades com o Projeto Pedagógico, se articular de forma participativa no processo de criação e implementação de estratégias inovadoras ao SUS, inclusive relacionais, ser corresponsável em seu processo de formação, estar disponível de acordo com a carga horária, proceder de forma ética junto à comunidade, tutoria, preceptoria e demais relações, se atualizar com as normatizações do programa, contribuindo também no processo de construção e aprimoramento do mesmo³.

Percebe – se que, ao refletir sobre as *funções* de tais atores, é importante considerar a imprevisibilidade dos encontros, de onde emergem incertezas, desencontros e reencontros. Isto é, contagiados por vivências marcantes e grande intensidade, as orientações entre áreas se misturam, sejam elas pela preceptoria ou tutoria de áreas profissionais diferentes. O fazer e pensar

multiprofissional convida as relações humanas a se aventurarem pela redescoberta do conhecimento, dessa forma, é importante refletir sobre o sentido das trocas que surgem ao longo das vivências, onde os que respiram enfermagem e nutrição também inspiram, ensinam e caminham junto da Psicologia e também o contrário.

As formas de cuidar parecem bem disparadoras para ampliar as possibilidades técnicas e científicas, porém o encontro com o usuário desperta o residente, a preceptoria e a tutoria ao que é considerado como diferente, intercultural, exótico e desconhecido. Entende-se, então, a existência do reconhecido, onde inspirados pela nova forma de caminhar e produzir cuidado em saúde modificam olhares e práticas.

Isso se torna possível ao considerarmos os espaços de diálogos coletivos construídos e inseridos na rotina do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFGD, podendo citar reuniões da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) com representatividade dos atores sociais, as aulas de fisiopatologia, os acompanhamentos clínicos com estudos de casos e convidados que compartilham saberes e demais oportunidades, com a presença das três áreas profissionais, enfermagem, nutrição e psicologia, bem como, o encontro do respirar e inspirar o ensino em saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde e seu coletivo de residentes, preceptoria, tutoria e seus pares acaba por discutir politicamente sobre a cultura de negação com o SUS, a saúde como produto em um mercado sustentado pela elite conservadora, o enfrentamento do discurso médico que segrega os demais profissionais, a condição e formulação das políticas públicas ministeriais, entre outros aspectos⁴.

A Política Nacional de Educação Permanente, fazendo referência à Saúde Coletiva, traz a missão de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho. Não vem falar de uma cronologia, mas sim de uma sintonia entre formação, gestão, atenção e participação, através da educação em saúde. Destaca-se a necessidade da disseminação da capacidade

pedagógica entre os trabalhadores, de forma descentralizada, vindo então como um ato político em defesa do trabalho no SUS⁵.

Segundo Paulo Freire, em *Por uma Pedagogia da Pergunta*⁶, ao limitar a curiosidade e expressão do aluno, o professor perderia a oportunidade de se aventurar por novas inquietações, limitando sua própria busca. O aprendiz, com participação ativa no seu processo de conhecimento, não levaria a tão temerosa perda do rigor acadêmico, por parte de alguns educadores, já que viabilizaria o criar e demais construções.

Diante de tal complexidade, é interessante refletir sobre a troca que acontece entre o residente e seus orientadores. Assumir a função de questionador, tira o residente da zona de conforto imposta pela ideologia dominante com o engessar de verdades impositivas e generalistas. Ao oportunizar o questionamento e a reflexão, a RMS assume o difícil desafio da invenção ou da reinvenção, podendo alterar e impactar práticas instituídas.

Nesse sentido, podemos tomar como ferramenta de inovação de práticas a Política Nacional de Humanização (PNH), que traz como uma de suas diretrizes a Cogestão, que possibilita, através do diálogo coletivo, o encontro de interesses, aproximando as expectativas dos trabalhadores em saúde. Entende-se, então, que a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos no processo do cuidado e autocuidado, inclui gestores, trabalhadores e usuários, atendendo as necessidades dos cidadãos brasileiros de forma democrática e inovando os processos de gestão em saúde⁷.

CONCLUSÃO – DOS DESAFIOS DO SUS

Assim, a inserção do residente nesse processo, oportuniza refletir a partir de tais vivências, sobre o desafio de construção do SUS, mobilizando o trabalhador no contexto teórico e político. Além disso, sua inserção institucional, as formas de vínculo com esse universo, suas expectativas, e seu processo de formação junto à preceptoria, tutoria e outros atores.

É importante destacar os desafios para os atores sociais da

Residência Multiprofissional em Saúde, compreendendo a diversidade dos territórios com singularidades regionais, a forma de contratação, formação em saúde e o acesso à educação permanente. Aqui, destaca-se a relevância da participação social dos trabalhadores em saúde, organizados coletivamente com suas demandas específicas, dispostos ao deslocamento à diversidade e inovação de práticas. Para a RMS esse é um grande desafio, já que parece relevante a periodicidade dos encontros da COREMU, onde é possível acontecer reflexões sobre estratégias pedagógicas e técnicas sobre o pensar e fazer da Residência, com caráter deliberativo.

Almeja-se a articulação do conhecimento científico, técnico, experiências sociais e de trabalho, de forma crítica e humanizada no agir e compreender dos contextos históricos e culturais. Desse forma, é importante que seja exaltada a rede viva de vínculos, contemplando a prevenção e a promoção da saúde, com diálogo intersetorial dentro e fora das unidades, através da corresponsabilidade e comunicação em rede.

A RMS traz a educação como proposta de mudança e mobilização de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, operando nas relações de ensino e aprendizagem com contribuição na produção de sujeitos coletivos transformando realidades, bem como, novas práticas na saúde onde a produção pedagógica e a produção do cuidado caminham sintonizadas.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. [acesso em 27 Jun 2014]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813#perguntas%20frequentes>
- 2- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

- 3- Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 02 de 13 de Abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais [para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde]. Diário Oficial [da] União. 2012 abr. 73; Seção 1.
- 4- Lopes RE, Rosa SD. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação lato sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. Trab. Educ. Saúde (Rio de Janeiro). 2009; 7(3): 479-498.
- 5- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Dec [cited 2015 Sep 03]; 10(4): 975-986. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 6- Freire P, Faundez A. Por uma pedagogia da pergunta. 4a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília (DF): MS; 2009.

10. ESPAÇO DE ESCUTA EM SAÚDE: ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL PARA SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Autor - Elisângela Romero Bruno¹,

Autor – Jaqueline Assis Fernandes Moreti²

¹Assistente Social da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal da Grande Dourados; Email: elisangelabruno@ufgd.edu.br. Relator.

²Assistente Social da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal da Grande Dourados; Email: jaquelinefernandes@ufgd.edu.br

RESUMO

Introdução: O espaço de escuta em saúde refere-se ao atendimento psicossocial que é ofertado pela Seção de Saúde e Assistência ao Servidor da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas - PROGESP da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD com o intuito de prevenir agravos e promover a saúde destes trabalhadores. O atendimento psicossocial é uma ferramenta institucional de cuidado e apoio ao bem-estar e a saúde dos servidores, destinado a acolher e oferecer escuta a estes através do atendimento psicológico, social e/ou psicossocial no momento de sua necessidade, ajudando-o a lidar melhor com seus problemas, identificando seus recursos e limites. Também orienta e acompanha servidores afastados para licenças saúde; acompanha e realiza mediação de retorno ao trabalho (com ou sem restrição de atividades) de servidores afastados para tratamento de saúde por longo período; realiza intervenções com servidores e chefias em casos de conflitos no local de trabalho; orienta e acompanha os servidores no processo de remoção. **Objetivos:** Oferecer espaço de acolhimento, escuta e orientação aos servidores da UFGD. **Metodologia:** Qualquer servidor do quadro da UFGD pode solicitar, a qualquer momento, atendimento psicológico, do serviço social ou de ambos, através do agendamento prévio ou imediatamente quando for o caso e se houver disponibilidade de profissional para o atendimento. O atendimento é feito exclusivamente por profissionais assistentes

sociais e psicólogos lotados na PROGESP. Os servidores são atendidos mediante procura própria ou via encaminhamentos formais. No primeiro atendimento, quando psicossocial, é aberto formulário de acompanhamento de caso onde são registrados as intervenções, procedimentos e encaminhamentos. Os formulários são arquivados de forma segura na pasta de saúde do servidor e a eles só é permitido o acesso dos assistentes sociais e psicólogos. O instrumental adotado para o atendimento social individual é a entrevista por tratar-se de um processo de diálogo entre o profissional e o usuário, com o pressuposto de intervenção na realidade. No caso do atendimento psicológico é utilizado o formulário de relatório psicológico de guarda e acesso exclusivo dos psicólogos. **Resultados:** Melhoria da qualidade de vida e bem-estar no trabalho para os servidores que são atendidos. Aumento sistemático no número de servidores que procuram por esse atendimento, o que tem possibilitado a consolidação do serviço.

GT: Práticas Educativas em Saúde

6- GT Tecnologias Educacionais em Saúde

Trabalho	Autores
1.APLICATIVOS PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS – UMA NOVA POSSIBILIDADE DE ENSINO EM SAÚDE NA ERA TECNOLÓGICA	Alexandre Rodrigues Mendonça; Antônio Sales
2.PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM VIDEOAULAS: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO	Bruna Beatriz Gonçalves Bruno; Rogério Dias Renovato
3.UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE	Mendonça, Paula Knoch; Mendonça, Margarete Knoch.
4.ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO COLETIVA: FORTALECENDO A GESTÃO PARTICIPATIVA E CUIDADORA	Camila Veiga de Lara; Sandra Fogaça Rosa Ribeiro.
5.O USO RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E SUAS INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS EM VIDEOAULAS: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO	Fernanda dos Santos Tobin, Rogério Dias Renovato.
6.O EMPREGO DE PORTFÓLIOS ELETRÔNICOS NO ENSINO DA FARMACOLOGIA APLICADA A ENFERMAGEM	Mariana de Oliveira Cunha Castro, Rogério Dias Renovato.
7.PROJETO E IMPLEMENTAÇÃO DA INTERFACE MÓVEL DOS INDICADORES DO SIAMI	Robson Takashi Kawakita, Glaucia Gabriel Sass, Odival Faccenda, Márcia Regina Martins Alvarenga, Felipe Lima Morais.
8.SISTEMA MÓVEL DE COLETA DE DADOS PARA ACOMPANHAMENTO DE IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Felipe Lima Morais, Odival Faccenda, Márcia Regina Martins Alvarenga, Glaucia Gabriel Sass, Robson Takashi Kawakita

1. APLICATIVOS PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS – UMA NOVA POSSIBILIDADE DE ENSINO EM SAÚDE NA ERA TECNOLÓGICA

Autor Alexandre Rodrigues Mendonça ¹

Autor Antônio Sales ²

¹Mestrando do Curso de Pós Graduação – Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: wazzalsky@hotmail.com. Relator.

²Docente do Curso Pós Graduação – Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados; Email: profesales2@gmail.com.

RESUMO

Introdução: O repensar das práticas educativas em saúde já instituídas e ditadas por um modelo conservador de ensino, direcionadas à educação formalizada e institucionalizada, exige uma leitura das relações sociais que permeiam o processo de aprendizagem e por isso necessita de um aporte teórico que discuta o ensino na era moderna e tecnológica, ou ainda a partir de Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC)

Objetivo: O presente trabalho buscou discutir à luz da perspectiva de pensamento dos principais autores que trabalham TDIC como uma ferramenta no processo de ensino, propondo a possibilidade dos aplicativos para dispositivos móveis (Apps), ocuparem o papel de instrumento da modernidade para educação em saúde de populações. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório bibliográfico tendo como ponto de partida a leitura de sociedade moderna e tecnológica trazida pelo sociólogo Pierre Levy e o conceito de modernidade líquida de Zygmund Baumann.

Resultados: O ensino orientado pela ciência do pronto avanço tecnológico da era moderna e tecnológica próximo as evidências do enorme acesso ao computador e a internet que as populações em geral possuem atualmente, utilizar uma TDIC, para implementar ações de educação em saúde, pode ser visto como uma nova forma

de trabalho dos profissionais de saúde e educadores envolvidos em educação de populações. O link entre os dois autores trazidos para discussão se dá quando pensado no advento tecnológico como uma estratégia de propiciar a interação e construção do saber consensual ou saber coletivo. Nesse cenário, a utilização dos Apps para dispositivos mobile na implementação de ações de educação em saúde, pode ser visto como uma nova forma de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos na educação de populações.

Grupo Temático: Tecnologias Educacionais em Saúde

INTRODUÇÃO

A ideia de discorrer sobre as concepções dos principais teóricos de práticas pedagógicas que pensam a educação em saúde tem a intenção primeira de colaborar com a comunidade científica no que diz respeito à utilização da prática educativa em saúde como instrumento de trabalho.

Existe uma corrente de discussão sobre o repensar das práticas educativas em saúde já instituídas, no entanto os aportes teóricos e metodológicos existentes que pensam a prática de ensino na sociedade moderna é uma área pouco explorada.

A partir desta análise, a escolha foi pela elaboração de um relatório de discussão sobre os principais teóricos que tem suas teorias voltadas à discussão das práticas educativas, que colocam em xeque práticas instituídas e ditadas por um modelo conservador de ensino direcionadas à educação formalizada e institucionalizada.

No cenário de escassez de trabalhos desta natureza, é trazida a possibilidade dos aplicativos para dispositivos móveis ser o interventor de práticas pedagógicas direcionadas ao ensino em saúde na Era Tecnológica.

OBJETIVO

O presente trabalho buscou discutir à luz da perspectiva

dos principais autores que trabalham TDIC como uma ferramenta no processo de ensino, propondo a possibilidade dos aplicativos para dispositivos móveis (Apps), ocuparem o papel de instrumento da modernidade para educação em saúde de populações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica tendo como ponto de partida a leitura da sociedade moderna e tecnológica trazida pelo sociólogo Pierre Levy¹ e o conceito de modernidade líquida de Zygmun Baumann².

Para fins de entendimento, o conceito de sociedade moderna trazida por Levy enfatiza a evolução tecnológica com parte interferente e determinante nas relações de entendimento do ser social. Ele conceitua a sua leitura de sociedade moderna e tecnológica Cibercultura, apontando o computador e conectividade trazida pela *internet* como fator preponderante para a autonomia do ser social e dessa forma determinando uma nova forma de viver em sociedade.

Já o conceito de Modernidade Líquida de Zigmun Baumann é entendida como a conformação de um ambiente histórico social marcado pela fluidificação das relações sociais. Essas relações que uma vez foram sólidas, contínuas e permanentes agora se encontram em ponto de fusão, onde os valores e os significados são aproveitados como verdades apenas para aquele momento ou espaço de tempo; existindo dessa forma uma valorização do temporário e não mais do permanente. A fluidez das relações sociais da Modernidade Líquida confere ao processo de aprendizagem então a necessidade de construção de verdades que atendam a necessidade momentânea do que se “deve” aprender. Signos e significados são reformulados constantemente no “aprender” da modernidade líquida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Educação em Saúde na Modernidade Líquida: A

pertinência dos recursos tecnológicos na Cibercultura.

A atual Era Tecnológica faz com que seja de fácil entendimento a indispensabilidade de fatores como a comunicação, disseminação e troca de informações nas relações sociais. Microcomputadores, smartphones e a internet podem ser visto como os principais instrumentos dessa ação na contemporaneidade³.

Estar conectado à *internet* é uma condição quase que essencial para que se esteja inserido no mundo da interatividade. A leitura da sociedade moderna considera que o acesso à informação passa a ser considerada moeda de troca e representatividade de poder. Utilizando ferramentas como celulares e smartphones, a sociedade moderna se sente mais conectada e socialmente integrada⁴.

O processo de ensino aprendizagem na sua contemporaneidade deve reconhecer as potencialidades que uma tecnologia da informação pode alcançar e vislumbrar uma absorção conceitual em suas bases metodológicas tal qual acompanhe a ideia de “educar” considerando os avanços tecnológicos como parte do processo de formação das relações sociais⁵.

As orientações metodológicas das práticas educativas derivam e fundamentam-se em pilares filosóficos das relações sociais. A partir dessa leitura de sociedade surgem teorias pedagógicas onde pensadores, filósofos, sociólogos alimentam uma corrente de pensamento que irá determinar prioridades educativas, caracterizar processos de ensino aprendizagem além de seus processos de avaliação. Funcionam como estruturas conceituais ou modelos orientadores para a execução de práticas de ensino⁶.

Não se pode discorrer sobre o impacto das tecnologias de informação na sociedade atual sem citar o filósofo francês contemporâneo Pierre Levy. Tido por engenheiro do conhecimento trabalha as questões relacionadas com as novas tecnologias da comunicação dentro do ciberespaço e o potencial humano e cultural que isso carrega permeando também críticas as práticas educacionais da sociedade pós moderna¹.

Os avanços do conhecimento no campo da informática, na atual realidade interferem diretamente sobre os demais campos do saber humano. O avanço tecnológico e a disseminação produtos cibernéticos definem uma nova linguagem de comunicação, um novo código, uma nova forma de se relacionar, possuindo, então, poder de interferência sobre as relações de dinâmica econômica, social, e cultural, estando incluso nessas interações o campo da Educação e a Saúde^{7,8}.

Em suma, a utilização de TDIC nas práticas educativas permeia o aumento da eficiência da atividade desenvolvida. Quando aplicado à usabilidade das TDIC em práticas educativas em saúde fala-se na capacidade de facilitar o acesso ao conhecimento em consequência da diversidade de recursos disponíveis, rápida disseminação da informação e das relações de interatividades entre os atores do ensino aprendizagem⁹.

Pensando a inovação tecnológica como um interventor cultural que altera o modo como as pessoas se relacionam; estudos apontam que a comunicação instantânea, a possibilidade de mobilidade física, a miscelânea de artefatos audiovisuais fundados no conceito de ubiquidade midiática e estimulação de diferentes canais, são tendências que independentemente do seu conteúdo informativo, esta propenso a chegar ao usuário final por meio de um dispositivo móvel¹⁰.

As novas possibilidades de acesso à informação trazida pela cultura moderna questionam as bases oralista (valorização da língua falada) e unidirecional do ensino aprendizagem que sustentam as práticas pedagógicas em diversas instituições sociais¹¹. Nesse sentido, a inteligência humana, aqui entendida como o saber aprendido, é resultado de uma rede onde se interligam fatores biológicos sociais e tecnológicos – o saber é composto.

O saber coletivo proposto¹ se organiza através das possibilidades de interatividade e troca proporcionada pela ambiente virtual; processo metamórfico esse que produz um contínuo estado de excitação impulsionada por seus participantes, provocando novas direções de pensamento. Seria como se todos os textos fizessem parte de um único texto – o hipertexto.

As pessoas aprendem cada vez mais fora do sistema acadêmico, e cabe as instituições educadoras implantar procedimentos de reconhecimento dos saberes da conformação social. A invenção de um dispositivo tecnológico resulta de um processo de atualização, trata-se de uma solução nova, que em outro momento não havia sido considerado possível. O uso desse dispositivo, a adesão a ele, a prática lançada aos processos de comunicação, traz transformação no funcionamento da cognição e aprendizado¹.

O autor considera o espaço cibernético como o futuro próximo da comunicação humana e também do pensamento humano; o uso de novas tecnologias na construção de ambientes de conhecimento, onde a interação entre os participantes suportada por meio virtual, atua como facilitador dos resultados do processo de ensino aprendizagem. Esses dispositivos constituem uma nova configuração de vias cognitivas de formação do conhecimento; tratado pelo teórico como o saber coletivo ou mente coletivizada¹¹.

Outro teórico contemporâneo que vêm através das suas publicações descrever o percursos da formação das relações sociais considerando os avanços tecnológicos da sociedade pós-moderna é o sociólogo polonês Zygmunt Bauman¹.

Transcendendo sua visão para o ensino, Bauman cita a sociedade como parte de uma história de solidez no processo educativo; um currículo focado no saber do professorado, na rigidez dos valores utilizados para que exista a integração social, para uma fluidez de significados envolvidos na arte de educar. Para ele a educação é impensável de qualquer outra forma que não seja uma reformulação constante das práticas educativas⁵.

Bauman descreve a sociedade contemporânea, inserida no seu conceito de modernidade líquida como aquela que não mais visa o acúmulo de conhecimento, e sim o aproveitamento ora fugaz que eles propiciam destronado, em proporções nunca vista antes a duração e o valor dos significados. Para o aprendiz da modernidade líquida não existe a melhor verdade ou a melhor interpretação; não existe o ponto de vista supra cultural e universal; seguir uma rotina não é mais um bom conselho, e flexibilidade é palavra da moda⁵.

O educador da modernidade fluida deve considerar a pluralidade de formas de vida (cultura) partindo do princípio que não se pode prever qual a verdade a ser dissipada. Será considerado um bom processo educativo o advento que traduz mais apropriadamente o texto ensinado, explicando as regras que tornaram válida sua interpretação, apostando na conversação civilizada chegando ao consenso erguido pela negociação e reconciliação como o produto final do processo. O teorista define Conversação Civilizada como aquele espaço/momento em que as diferenças são “postas na mesa” e discutidas⁵.

Aplicativo para dispositivos móveis e a democratização do acesso a informação na sociedade tecnológica.

Os dispositivos móveis principalmente os *smartphones*, apresentam novas oportunidades e desafios no campo das tecnologias de informação, na sociedade e no processo de ensino em saúde. O acesso ubíquo, portabilidade, mais pessoal do que o próprio computador pessoal, democratização do acesso à informação, oportunidades de interação e complexidade reduzida é traduzido atualmente como o principal meio para buscar informações e para a comunicação a todo o momento e em qualquer lugar – processo cultural esse que contribui para a constante elaboração e reformulação de visão de mundo e formação da identidade social do homem moderno na denominada Cibercultura apresentada por Pierre Levy¹².

Os *smartphones* trazem a compactação dos antigos celulares comuns associados às inovações dos computadores; possibilitam a conectividade do acesso a *internet* e também confere a mobilidade para seus usuários podendo ser tratado como advento social tecnológico de principal ação e execução da comunicação social e democrático da sociedade moderna. Esses dispositivos tornam possíveis ambientes de discussão cognitiva à distância (hipertexto coletivo) onde os saberes dos indivíduos conectados passam a ser considerados como um nó da rede internetica, e a partir desse nó o indivíduo passa a se comportar como um produtor de

conhecimento que é disseminado através das possibilidades de interatividade que este dispositivo carrega - uma malha de saberes que se auto alimenta¹³.

Um estudo do *Mobile Report* mostrou que em seis meses pessoas com 10 anos ou mais que possuem smartphone com acesso à internet cresceu 42%, chegando a 25,5 milhões de usuários, representando cerca de 15% da população brasileira mostrando sua crescente incorporação ao cotidiano da atual sociedade¹⁴.

Seguindo esse panorama de desenvolvimento tecnológico associado às modificações das relações sociais, surgem os *app* ou aplicativos móveis – mini *softwares* direcionados aos dispositivos móveis com inúmeras funções de resolutividade direcionadas a diversas situações do cotidiano das pessoas. Os *app* são disponibilizados para *downloads* pelas App Stores (Lojas de Aplicativos), acessadas diariamente por usuários que buscam entretenimento, informação e outros conteúdos^{11,12}.

Na sociedade cibernética percebe-se uma tendência de substituição dos navegadores de internet por aplicativos móveis. O número de downloads cresce a cada dia nas *App Stores*, demonstrando certa disponibilidade dos usuários de passar mais tempo utilizando os aplicativos do que os próprios navegadores de *internet*¹³.

As instituições promotoras do ensino como as Universidades e outros órgãos de fomento educacional necessitam perceber tais tendências relacionadas aos dispositivos móveis, e incentivar, além do desenvolvimento de aplicativos, a elaboração estratégias que possibilitem avaliar suas potencias e fragilidades, alçando alcançar esses usuários em suas necessidades que cada vez mais organizam suas praticas culturais de aprendizagem utilizando tais aplicativos¹⁰.

CONCLUSÃO

Bauman acusa uma defasagem na conformação do processo de ensinar frente ao avanço tecnológico colocando em discussão a criatividade social e individual em se adaptar aos

recursos tecnológicos disponíveis; justificando a continuidade da usabilidade de velhas práticas educativas. Em contraponto Levy defende que o acesso cada vez maior do ciberespaço a estudantes e professores possibilita que esses atores sociais encontrem amplas oportunidades de aprendizagem.

Foi entendido que existe uma aproximação genérica nas linhas de pensamentos Pierre Levy e Zygmunt Bauman quando pensado o processo educativo da sociedade moderna. De um lado a alocação dos avanços tecnológicos com parte dos processos de formação sociocultural, propondo a aplicabilidade do ciberespaço e da *internet* como ferramenta de novas práticas educativas trazido por Levy; e outro onde Bauman transcreve a evolução da sociedade pós moderna em suas características de necessidades fluidas; que confere as práticas educativas a necessidade de maior maleabilidade no processo de aprendizagem sugerindo através da conversação civilizada o alcance do saber consensual.

Nesse cenário, o ensino orientado pela ciência do pronto avanço tecnológico que nos encontramos, próximo as evidências do enorme acesso ao computador e a internet que as populações em geral possuem atualmente, utilizar uma TDIC, para implementar ações de educação em saúde, pode ser visto como uma nova forma de trabalho dos profissionais de saúde e educadores envolvidos em educação de populações.

O *link* entre os dois autores trazidos para discussão se dá quando pensado no advento tecnológico *mobile* como uma estratégia de propiciar a aproximação virtual e interação entre os envolvidos no processo educativo como uma estratégia de propiciar a conversação civilizada e alcance do saber consensual ou saber coletivo – conceitos dos dois autores que aqui pode ser entendido como sinônimos.

Sendo assim, os Apps para dispositivos móveis podem ser tidos como a mais atual configuração da evolução da comunicação social e se posicionar sim, como uma potente proposta de intervenção de ensino em saúde da sociedade moderna.

REFERÊNCIAS

- 1 LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: ed. 34, 2010a.
- 2 BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- 3 CAMARGO, A.L; ITO, M. Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação na área da saúde: uso das redes sociais pelos médicos **J. Health Inform**. 2012 Outubro-Dezembro; 4(4):165-9.
- 4 VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D.; BAGRICHEVSKY, M.; GRIEP, R. H. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010, vol.26, n.8, pp. 1473-1482.
- 5 ALMEIDA, F.Q; GOMES, I.M; BRACHT, V. **Bauman e a Educação**. Autêntica Editora, Belo Horizonte, 2009.
- 6 FIGUEIRA, A.P.C. Orientadores das práticas educativas: apresentação de algumas perspectivas teóricas. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2009, 11(3):174-199
- 7 ALBERTIN, A. L. Valor estratégico dos projetos de tecnologia de informação. **Rev. adm. empres**. 2001, vol.41, n.3, pp. 42-50.
- 08 LÉVY, P; LEMOS, A. **O futuro da Internet. Em direção a uma ciberdemocracia planetária**. Paulus: São Paulo, 2010b.
- 9 FEIJÓ, V.; GONÇALVEZ, B.S.; GOMEZ S.R. Heurística para Avaliação de Usabilidade em Interfaces de Aplicativos Smartphones: Utilidade, Produtividade e Imersão. **Design & Tecnologia** 06 - UFRGS, 2013.
- 10 BAUMAN, Z. Sobre a E. ducação e Juventude. **Jorge Zahar**, 2013
- 11 PRADO, C. et al. Espaço virtual de um grupo de pesquisa: o olhar dos tutores. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012, vol.46, n.1, pp. 246-251.
- 12 SATO, S.K. A estética publicitária da inovação: Smartphones e Tablets. **Revista pensamento & realidade**. Ano XIV – v. 26 n° 3, 2011.

13 FALCO, A.; VIEIRA, A.F. **As Funções de Aplicativos de Smartphones para Jornalistas**. 5º Simpósio Internacional de Cyberjornalismo. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 24 a 27 de Agosto de 2014. Campo Grande – MS, 2013.

14 IBOPE MEDIA. **52 milhões de pessoas têm acesso à web pelo celular, aponta IBOPE Media**. 09 de Maio de 2013.

Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/52-milhoes-de-pessoas-tem-acesso-a-web-pelo-celular-aponta-IBOPE-Media.aspx>. Acesso em: 05 de Agosto de 2014.

2. PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM VIDEOAULAS: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO

Bruna Beatriz Gonçalves Bruno¹

Rogério Dias Renovato².

¹Estudante do Curso de Enfermagem da UEMS, Bolsista PIBEX/UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: bruninha_bgb@hotmail.com. Relator.

²Professor do Curso de Enfermagem da UEMS e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados; Email: rrenovato@uol.com.br.

RESUMO

Introdução: O medicamento constitui-se em um dos principais recursos terapêuticos da sociedade contemporânea. Assim, seu uso racional é indispensável e foi definido como a situação na qual os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas na dose correta por um período de tempo adequado e um custo acessível. **Objetivos:** desenvolver, implementar e avaliar as ações educativas em saúde sobre o uso racional de medicamentos por meio de videoaulas. Os objetivos específicos foram: abordar o uso correto da medicação, principalmente em relação aos fármacos administrados por via oral; promover a adesão aos medicamentos; orientar sobre a forma correta de guardar os medicamentos e apresentar os riscos da automedicação. **Metodologia:** Inicialmente, buscou-se na internet vídeos educativos sobre o tema, além da revisão de literatura. As etapas de elaboração e desenvolvimento das videoaulas foram através da construção de roteiros, gravação de vídeo aulas utilizando câmera de vídeo e celular, além da edição através do software Camtasia Studio 8. As videoaulas foram apresentadas aos alunos da Universidade Aberta da Melhor Idade (UNAMI) da UEMS, e depois foi aplicado um instrumento estruturado para avaliação. **Resultados:** Elaboração de 03 videoaulas com o tempo médio de 2 a 4 minutos sobre os temas: uso racional de medicamentos, políticas

públicas de medicamentos e a importância de tomar o fármaco no horário correto. A avaliação realizada em agosto de 2015 por 13 pessoas da UNAMI e monitores foi satisfatória. Durante a edição e gravação dos vídeos, o mais preocupante foi o áudio e a qualidade de imagem, mesmo não dispondo dos melhores recursos para gravação, buscou-se utilizar uma câmera de boa qualidade e também um editor de vídeo que estivesse disponível para edição. Assim, espera-se ampliar o uso das videoaulas, como estratégia educativa complementar, ampliando o acesso sobre uma temática tão relevante, o uso racional de medicamentos.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Medicamentos; Videoaulas.

Agradecimentos: À UEMS pela Bolsa de Extensão.

GT Tecnologias educacionais em saúde

3. UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Mendonça, Paula Knoch¹

Mendonça, Margarete Knoch²

¹ Estudante do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande; paulaknoch@hotmail.com.

Relator

² Professora associada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Campo Grande, margaretekm@gmail.com

RESUMO

Introdução: A crescente evolução tecnológica traz possibilidades de uso de novos recursos nas práticas de cuidado e de ensino de saúde. As tecnologias educacionais são definidas como dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos nos vários processos de educação acadêmica e continuada. As tecnologias educacionais para o cuidado em Enfermagem, especificamente os materiais de ensino dinamizam as atividades de Ensino e Educação em Saúde, essa considerada uma atividade peculiar da enfermagem. Além disso, a informatização surge como um salto na qualidade da assistência, gerência e ensino, tornando interativa e dinâmica cada fase do processo. A segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo. Os serviços de saúde são complexos e acompanhados de riscos adicionais, porém têm cada vez mais incorporado tecnologias e técnicas elaboradas na prestação de cuidado aos pacientes. Desse modo, investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas e no aprimoramento das tecnologias educacionais e melhoria dos ambientes de trabalho são fundamentais para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade. Receber uma assistência à saúde de qualidade e isenta de risco é um direito do

indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. Objetivo: Enfatizar a importância da utilização das tecnologias educacionais para a enfermagem na segurança do paciente. Metodologia: Revisão integrativa nas bases de dados Lilacs e Medline de artigos publicados no período de 2010 a 2015, nos idiomas português e inglês, utilizando os seguintes descritores: tecnologia educacional, segurança do paciente e enfermagem. Resultados: Obteve-se 117 artigos com os descritores associados. Desses, foram utilizados sete artigos. Foi utilizado um artigo do ano de 2005 devido a sua relevância e o livro Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática da Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicado em 2013 que aborda questões relacionadas à segurança do paciente. Não foram encontrados artigos relacionados à tecnologia educacional e segurança do paciente.

GT: Tecnologias Educacionais em Saúde

4. ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO COLETIVA: FORTALECENDO A GESTÃO PARTICIPATIVA E CUIDADORA

Camila Veiga de Lara¹

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro²

1 Estudante do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da UEMS, Unidade Universitária de Dourados. Email: camilaveigalara@hotmail.com.

2 Professora Doutora do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde da UFGD. Email: sandrafogaça@ufgd.edu.br

RESUMO

Introdução: O serviço de Psicologia integrante da Seção de Saúde e Assistência ao Servidor da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal da Grande Dourados, atendendo a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal, instituiu em 2014 um Grupo de Trabalho de Promoção à Saúde composto por servidores docentes e técnicos administrativos da Universidade e do Hospital Universitário. **Objetivos:** Proporcionar momentos de discussão e reflexão de questões relativas ao ambiente e processos de trabalho, relações interpessoais, saúde e bem-estar dos servidores, bem como planejar ações de promoção a saúde. **Metodologia:** A tecnologia leve-dura, enquanto saber técnico estruturado e a tecnologia leve, como facilitadora das relações foram utilizadas entre os sujeitos a fim de instituir o grupo, desenvolvido por meio de duas técnicas complementares: jogos psicodramáticos e rodas de conversa. Foram realizados 7 encontros quinzenais, com uma média de 10 de participantes, entre os meses de maio a julho. **Resultados:** As discussões do grupo deram origem: ao I Encontro de Saúde dos servidores da UFGD: Bem-estar no Trabalho e a I Mostra de Talentos dos servidores; Rodas de conversa desenvolvida na Faculdade de Ciências da Saúde a fim de promover uma gestão mais participativa; Rodas de conversa com representantes dos Técnicos de Laboratório da Universidade, os

Técnicos da Divisão de Saúde, Assistência ao Servidor e Segurança do Trabalho da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e representantes do setor de compras e almoxarifado, para discutir questões relativas ao processo de pedido, compra e distribuição de Equipamentos de Proteção Individual; e o Projeto piloto de atividade física realizado em parceria com a Pró-reitoria de Assuntos Estudantis. O grupo oportunizou uma mobilização criativa dos servidores, facilitando encontros e negociações das diversidades que cada um vivencia, gerando transformações nos processos de trabalho e avanços na gestão participativa e cuidadora, promovendo saúde.

GT: Tecnologias Educacionais em Saúde

5. O USO RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E SUAS INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS EM VIDEOAULAS: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO

Fernanda dos Santos Tobin¹

Rogério Dias Renovato².

¹Estudante do Curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, Bolsista PIBEX/UEMS, Unidade Universitária de Dourados
Email:feh-tobin@hotmail.com

Relator

²Professor do Curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados
Email: renovato@uol.com.br

Resumo

Introdução: As plantas medicinais são um recurso muito difundido entre os idosos, porém muitos desconhecem dos riscos de interações entre medicamentos e plantas medicinais, ocasionando possíveis reações adversas e interferências na eficácias da farmacoterapia. **Objetivos:** desenvolver, implementar e avaliar o uso de videoaulas sobre o uso seguro e racional de plantas medicinais, assim como elaborar lista de plantas medicinais citadas em pesquisas realizadas no Mato Grosso do Sul (MS). **Método:** Revisão de literatura de artigos sobre plantas medicinais do MS; elaboração de lista contendo as plantas mais conhecidas; revisão de literatura sobre videoaulas; elaboração de videoaulas a partir de roteiro prévio, gravação das videoaulas e para edição foi utilizado o editor de vídeo Camtasia Studio 8; apresentação aos alunos da UNAMI (Universidade Aberta da Melhor idade da UEMS); avaliação através de questionário, tendo como variáveis qualidade e relevância das videoaulas como estratégia de ensino. **Resultados:** foram encontrados 31 artigos, destes 2 eram estudos realizados no MS que citavam plantas medicinais nativas. Foram listadas 25 plantas e elaboradas duas vídeoaulas, com os temas: O que é planta medicinal e suas finalidades; Processos de preparação de chás; Cada

vídeo teve em média dois minutos de duração, tendo como recursos a fala do apresentador e também slides com imagens das plantas medicinais. Treze alunos participaram da avaliação; Após as videoaulas serem apresentadas e os questionários aplicados, foi possível verificar que 62% dos alunos classificaram a qualidade da videoaula como boa, 46% responderam que a experiência de evidenciar o conteúdo por meio do vídeo foi excelente, 46% avaliaram a qualidade, som e interatividade como excelente, o que reforça que essas novas tecnologias podem auxiliar muito no modo de aprendizado do aluno, sendo uma estratégia útil e auxiliando na busca de conhecimentos, devido ao fácil acesso. Foi possível verificar escassez de literatura sobre a estratégia videoaula, assim como pesquisas sobre interações entre medicações e plantas medicinais nativas do estado do Mato Grosso do Sul. Porém com o avanço e maior acesso às tecnologias de comunicação e informação, o emprego das videoaulas tende a crescer podendo ser estratégia relevante e complementar ao processo ensino-aprendizagem

Agradecimentos: À UEMS pela bolsa de extensão.

Gt: 6 Tecnologias Educacionais em Saúde

6. O EMPREGO DE PORTFÓLIOS ELETRÔNICOS NO ENSINO DA FARMACOLOGIA APLICADA A ENFERMAGEM

Mariana de Oliveira Cunha Castro¹

Rogério Dias Renovato²

¹Estudante do Curso de Enfermagem da UEMS, Bolsista PIBITI CNPq/UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: marioliveira93@hotmail.com. Relator.

² Professor do Curso de Enfermagem da UEMS e do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde (PPGES). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados; Email: rrenovato@uol.com.br

RESUMO SIMPLES

Introdução: O aprendizado é um processo de construção diário do conhecimento que pode ser auxiliado por várias ferramentas, dentre elas o Portfólio Eletrônico. O portfólio eletrônico é definido como uma coleção sistematizada e organizada de trabalhos que um aluno tenha realizado e utilizado para refletir, analisando assim os conhecimentos que foram adquiridos e as mudanças que ocorreram ao longo do tempo. Esse método de aprendizado permite que o acadêmico torne-se mais responsável pela construção do seu próprio saber e esteja em constante autoavaliação. Nota-se que os Portfólios Eletrônicos só têm a contribuir para a evolução da educação e formação dos acadêmicos, para que sejam seres reflexivos e que possuam necessidade de buscar cada vez mais o conhecimento que é muito importante para a formação do indivíduo. **Objetivo:** desenvolver e implementar portfólio eletrônico para a disciplina de Farmacologia aplicada à Enfermagem e como objetivos específicos analisar as percepções dos acadêmicos quanto ao uso do Portfólio Eletrônico, identificar os benefícios que o uso de Portfólios eletrônicos podem proporcionar no processo de aprendizado da farmacologia estimular os acadêmicos a tornarem-se reflexivos, através de atividades desenvolvidas no Portfólio e verificar a aceitação dos acadêmicos quanto à implantação desse método de ensino.

Metodologia: Essa proposta apresentou dois delineamentos, o primeiro foi a pesquisa de desenvolvimento tecnológico e o segundo tratou-se de pesquisa qualitativa para avaliar o portfólio eletrônico. Os participantes da pesquisa foram estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), que estavam cursando a matéria de farmacologia e que aceitaram participar. A coleta de dados ocorreu em três etapas - desenvolvimento, implementação e avaliação. Observou-se que o instrumento de estudo pode ser eficaz desde que utilizado adequadamente. **Resultados:** Grande parte dos alunos viram o portfólio como uma estratégia educativa, suporte de verificação de aprendizagem dos conteúdos e avaliação diagnóstica do processo formativo da disciplina. Evidenciou-se também que os acadêmicos possuem dificuldade em lidar com o portfólio devido à autonomia que lhes foi dada para a realização das atividades.

Palavras-Chave- Tecnologia. Educação. Desenvolvimento. Reflexão. Evolução.

GT Tecnologias Educacionais em Saúde

7. PROJETO E IMPLEMENTAÇÃO DA INTERFACE MÓVEL DOS INDICADORES DO SIAMI

Robson Takashi Kawakita¹

Glaucia Gabriel Sass²

Odival Faccenda²

Márcia Regina Martins Alvarenga³

Felipe Lima Morais¹

¹Estudante do Curso de Ciência da Computação, Unidade Universitária de Dourados
Email: robsontakashik@hotmail.com, felipelimamoraes@gmail.com

²Professor do Curso de Ciência da Computação, Unidade Universitária de Dourados
Email: glaucia@comp.uems.br, odival@comp.uems.br

³Professor do Curso de Enfermagem, Unidade Universitária de Dourados
Email: marciaregina@uems.br

RESUMO

Introdução: As condições sociais e de saúde nos idosos influenciam para a morbidade, declínio funcional e a mortalidade. Por isso, o monitoramento dessas condições requer um conjunto de indicadores para identificar os idosos em situação de maior vulnerabilidade. O projeto tratou da criação de um protótipo de um sistema móvel para o sistema operacional Android compatível com o SIAMI (Sistema de Avaliação e Monitoramento do Idoso), com a capacidade de visualizar dados referentes a vulnerabilidade do idoso através dos indicadores, indicando a priorização no atendimento nos programas sociais e de saúde. **Objetivo(s):** O objetivo geral do projeto foi desenvolver um protótipo de um sistema móvel que compartilha o mesmo banco de dados existente do SIAMI para fornecer uma visão da vulnerabilidade do idoso fazendo uma interação com os dois sistemas (móvel e desktop), facilitando a utilização do SIAMI. Os objetivos específicos foram coletar e analisar os requisitos necessários ao desenvolvimento do protótipo do sistema; implementar o protótipo dos indicadores do SIAMI na versão móvel. **Metodologia:** As atividades do projeto foram

divididas em estudo dos conceitos, teorias, algoritmos e métodos matemáticos e computacionais necessários ao desenvolvimento do sistema e em implementação do protótipo do sistema para o sistema operacional Android utilizando a metodologia ágil Extreme Programming (XP). **Resultados:** A partir dos estudos teóricos foi escolhida a ferramenta para a implementação, a IDE Eclipse é um ambiente de desenvolvimento de software livre utilizado para desenvolver projetos na linguagem JAVA. O projeto do sistema móvel para a visualização dos indicadores do SIAMI, baseado na XP, foram definidas as estórias do sistema, identificando os requisitos do sistema. Os requisitos foram descritos em um diagrama de caso de uso, criado os cartões CRC e posteriormente criado o diagrama de classe do sistema. Para melhorar a usabilidade e acessibilidade, no desenvolvimento foi utilizado a API 10 do Android (Android 2.3Gingerbread), logo aparelhos mais antigos que possuam o Android 2.3 ou superior poderão estar utilizando o protótipo do sistema móvel. Para comunicação com o servidor web do SIAMI foi utilizado requisições HTTP com método POST.

GT: Tecnologias Educacionais em Saúde

Agradecimento: O presente trabalho foi realizado com apoio da UEMS/FUNDECT-MS, Brasil, Programa de Iniciação Científica.

8. SISTEMA MÓVEL DE COLETA DE DADOS PARA ACOMPANHAMENTO DE IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Felipe Lima Morais

Odival Faccenda

Márcia Regina Martins Alvarenga

Glaucia Gabriel Sass

Robson Takashi Kawakita

Estudante do Curso de Ciência da Computação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
Unidade Universitária de Dourados

Email: felipelimamorais@gmail.com, robsontakashik@hotmail.com.

Professor do Curso de Ciência da Computação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
Unidade Universitária de Dourados

Email: odival@comp.uems.br, glaucia@comp.uems.br.

Professor do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade
Universitária de Dourados

Email: marciaregina@comp.uems.br.

Introdução: O Sistema de Informação de Acompanhamento e Monitoramento do Idoso (SIAMI) gerencia as informações sobre avaliação e o monitoramento das condições de vida e saúde do idoso. A interface móvel para o SIAMI permite o registro desses dados de forma rápida, eliminando os erros de transferência dos dados do papel para o sistema. **Objetivo:** desenvolver um aplicativo, para o sistema operacional Android e componentes do servidor SIAMI, criar uma conexão entre o celulares tipo smartphone e o servidor que armazena os dados, e atualizar o modelo do banco de dados do SIAMI. **Metodologia:** As atividades da pesquisa foram divididas em duas etapas: fundamentos e desenvolvimento do sistema. Nos fundamentos, foram estudados os conceitos, teorias, algoritmos e métodos matemáticos e computacionais, necessários ao desenvolvimento do sistema; No desenvolvimento do sistema, baseou-se na metodologia ágil Extreme Programming, também conhecido como XP de desenvolvimento de software, a qual consiste das fases de planejamento, projeto, implementação e teste. **Resultados:** Após a análise de vários sistemas existentes no

mercado, o sistema operacional selecionado para implementação do sistema de coleta de dados do SIAMI foi o Android. Também foi desenvolvido uma interface amigável, simples e completa, para a coleta dos dados de maneira rápida e eficiente. Com o sistema móvel desenvolvido no SIAMI é possível alterar as questões de todos os smartphones que usam o sistema, de maneira centralizada, sendo necessário acessar o servidor e efetuar as mudanças, no caso de remoção, alteração ou inserção de questões.

GT: Tecnologias Educacionais em Saúde.

Agradecimento: CNPq, FUNDECT, UEMS, Orientador e ao grupo de pesquisa.

1 - Introdução

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, estabelece o registro eletrônico de saúde para recuperar as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde para melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde. Norteador por esta diretriz política, o Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI) propôs a criação do Sistema de Informação de Acompanhamento e Monitoramento do Idoso (SIAMI). O referido sistema se propõe fazer o gerenciamento e fornecer resposta em tempo real aos profissionais de saúde e ao gestor quando os dados indicarem que um idoso está em situação de vulnerabilidade (SASS et al. 2012, p.210).

Após os testes com o sistema desktop nas unidades de saúde foi detectado o desejo por parte dos usuários de incorporar uma metodologia mais moderna para a coleta de dados e uso da informação. Para atender esta demanda neste trabalho de pesquisa foi desenvolvido um protótipo do sistema móvel para o SIAMI, com a opção de levar o sistema até a residência do idoso a fim de facilitar o cadastro das questões. Esse sistema possui vários

instrumentos de rastreamento que possibilitam a priorização do atendimento e melhor orientação nos cuidados de saúde do idoso.

Essa nova interface para o SIAMI permitirá o registro desses dados coletados com auxílio de um celular e transmitidos via internet imediatamente para o servidor. Com isso são evitados possíveis erros de transferência ao passar os dados do papel para o sistema e possibilita que outras pessoas, que tenham acesso ao sistema, possam dispor da informação cadastrada simultaneamente.

2 - Objetivos

O objetivo principal foi criar a versão móvel do SIAMI, para registrar dados e todas as informações necessárias. Para atingi-lo foi necessário estabelecer os seguintes objetivos específicos: analisar os requisitos para o desenvolvimento de um sistema móvel para o SIAMI; analisar e reestruturar o banco de dados do SIAMI, que possibilitou a inclusão e a remoção de instrumentos; implementar o protótipo do SIAMI móvel e por último estabelecer a ligação do banco de dados do servidor SIAMI com o sistema móvel (Android) para a integração dos dados.

3 - Método

A análise de requisitos, para o desenvolvimento do sistema móvel, foi desenvolvida baseada na metodologia XP. A metodologia XP é utilizada em projetos cujas especificações são passíveis de alterações, onde as iterações das etapas da XP costumam ser de curtos períodos, produzindo um protótipo a cada uma delas. Particularmente seguiremos o ciclo de vida XP, apresentado por Pressman (2006). O ciclo de vida XP abrange as seguintes atividades:

- Planejamento e levantamento de requisitos. O trabalho inicia com a atividade de "ouvir", sendo a atividade de levantamento de requisitos, levando a entender o software a ser desenvolvido. A atividade de "Ouvir" conduz à criação de um conjunto de "histórias" que descreve o resultado, as características e as

funcionalidades requisitadas para o software a ser construído.

- Projeto do software. O projeto XP segue rigorosamente o princípio KIS, (Keep It Simple) baseado nas "histórias". O aspecto central na XP é o de que a elaboração do projeto ocorre antes e depois do início da codificação. A refabricação significa que o "projetar" é realizado continuamente enquanto o sistema estiver em elaboração.
- Codificação. O projeto será traduzido numa forma legível por máquina.
- Testes. O processo de realização de testes concentrase nos aspectos lógicos internos do software, garantindo que todas as instruções tenham sido testadas e, também, nos aspectos funcionais externos, ou seja, realizando testes para descobrir erros e garantir que a entrada definida produza resultados reais que concordem com os resultados exigidos.

Simultaneamente a análise de requisitos, foi desenvolvido o protótipo do sistema móvel. Para a sua implementação foram utilizados as seguintes tecnologias: o sistema operacional Android; o sistema gerenciador de banco de dados PostgreSQL 9.2 e o SQLite; as linguagens de programação no sistema móvel foi o Java e no servidor foi Python 2.7. Para o desenvolvimento do sistema móvel foi utilizado a IDE Android Studio 1.0.

O sistema operacional selecionado para implementação do sistema de coleta de dados do SIAMI em um aparelho móvel foi o Android. Foram analisados vários sistemas existentes no mercado, levando em conta a popularidade, sua documentação e disponibilidade em aparelhos, como os principais critérios dessa escolha. Foi analisado uma lista com os sistemas

operacionais existentes com grande aceitação no mercado.

4 - Resultados

Com a análise dos requisitos foi possível perceber a necessidade de armazenar os dados no aparelho celular antes do

envio para o servidor, para isso foi usado um banco de dados SQLite localmente (no aparelho), e o PostgreSQL como banco de dados definitivo (no servidor). No decorrer da implementação, foi observado que o banco de dados do SIAMI não tinha alguns recursos necessários, para o armazenamento das questões.

Após análise minuciosa foi possível notar um certo padrão nas respostas, dessa forma foi possível gerar um banco de dados que armazena todas as questões e respostas de maneira unificada sem a distinção de instrumentos, tornando padrão o armazenamento das questões e respostas no banco de dados, e com número bem inferior de tabelas em relação ao modelo de dados do banco de dados anterior, mantendo a característica temporal, já existente no modelo anterior.

A partir do novo modelo de dados foi implementado o protótipo do SIAMI móvel, para registrar dados e todas as informações necessárias, além de realizar a transferência dos dados do celular para o servidor. Durante a implementação foram utilizados os padrões de respostas encontrados após a análise do questionário do SIAMI, possibilitando a criação de seis modelos de telas reutilizáveis para apresentar as questões e coletar as resposta que são fornecidas pelo agente de saúde, imagens de tela 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Com estes tipos de telas e com o auxílio do banco de dados gerado para o armazenamento dessas questões foi possível responder as mais diversas perguntas existentes no questionário do SIAMI.

A Imagem 1 apresenta o tipo de questão com respostas abertas, nesse exemplo, o instrumento solicita o nome completo do idoso. A Imagem 2, traz um tela com o exemplo de respostas para questões numéricas, o instrumento pede o tempo de viuvez do idoso. A Imagem 3, mostra uma questão de múltipla escolha, aonde só é possível selecionar uma resposta, a questão exemplo pergunta se o idoso se sente satisfeito com a vida.

A Imagem 4, demonstra questões que as respostas utilizam o modelo caixa de seleção, aonde é possível selecionar mais de uma

opção, a questão exemplo diz respeito ao tipo de dosagem. Em continuidade a Imagem 5 mostra o modelo de resposta relacionado a data, aonde o exemplo solicita a data de nascimento.

E por último, sendo o mais complexo modelo desenvolvido para atender questões específicas do questionário do SIAMI, a Imagem 6 chamada de resposta composta funciona como uma caixa de seleção aonde eu posso selecionar várias respostas, mas para cada resposta selecionar eu tenho que informar um valor numérico para a resposta, no exemplo a pergunta de quem te visita semanalmente.

Figura 1 Telas para registrar as respostas dos questionários.

Nome completo

AVANÇAR

Imagem 1

Tempo de viagem

12

14

16

AVANÇAR

Imagem 2

Sente-se satisfeito com a vida?

Sim

Não

AVANÇAR

Imagem 3

Formas de dosagem

Oral

Injeção

Quanto mais a mais

Inalação

AVANÇAR

Imagem 4

Data de nascimento

21 jul 2018

AVANÇAR

Imagem 5

Qual o nível de escolaridade?

Elementar

Médio

Superior

AVANÇAR

Imagem 6

1 - Fonte: Imagens da tela de um smartphone com sistema operacional Android 5.1.

5 - Discussão

Durante o desenvolvimento surgiram vários questionamento sobre refazer ou não a estrutura do banco de dados do SIAMI, foram colocados os prós e contras dessa decisão. Mesmo sendo necessário interromper o processo de construção do aplicativo, optou-se por reestruturar o banco de dados, estreitando o cronograma do projeto. Mas essa decisão permitiu que o banco de dados armazenasse também o enunciado das questões, algo que não existia na versão anterior do banco de dados do SIAMI.

Para que isso fosse inserido no banco de dados foi necessário fazer uma análise criteriosa para discutirmos a melhor forma de desenvolver esse banco. Foi dessa análise, que surgiu a ideia de tentar padronizar as respostas existentes no formulário.

Após a implantação e a realização de testes percebeu-se, por meio de relatos, que a nova versão do sistema foi melhor avaliada. Destaca-se ainda, que o sistema pode ser uma forma eficiente de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde tendo em vista que os usuários relataram que a atividade ficou mais fácil e agradável de ser exercida.

6 - Conclusão

O desenvolvimento desse projeto representou a oportunidade de adquirir aptidões que foram exercitadas num grupo multidisciplinar e uma oportunidade de exercer o aprendizado de forma integrada entre teoria e prática. Compreender e ter o conhecimento do funcionamento de um aplicativo desenvolvido no sistema operacional Android e a necessidade da construção de ferramentas para o auxílio de profissionais da área de saúde.

Com o sistema móvel desenvolvido no SIAMI é possível alterar as questões de todos os smartphones que usam o sistema, de maneira centralizada, sendo necessário acessar o servidor e efetuar as mudanças, no caso de remoção, alteração ou inserção de questões. Tornando o sistema SIAMI cada vez mais completo para o

acompanhamento e monitoramento dos idosos.

Essas mudanças representaram uma melhora na avaliação do sistema por parte dos usuários.

7- Referências

Pressman RS. Engenharia de software. 6. ed. [S.l.]: McGraw-Hill; 2006.

Sass GG, Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sistema de informação para monitoramento da saúde de idosos. Journal of Health Informatics. 2012 dez. 4; saúde: 209-215.

7- Outras temáticas sobre Ensino em Saúde

Trabalho	Autores
1.A INTERFACE DA PSICOLOGIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	Fernando Augusto Gomes Sobreira; Cintia de Souza Neto; Elenita Sureke Abilio
2.O ENSINO SOBRE USO ABUSIVO DE ÁLCOOL NO CURRÍCULO DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	Marjorie Ester Dias Maciel; Franciele Nunes de Oliveira; Luciana Aparecida Carvalho; Dioelen Virgínia Borges Souza de Aquino Coelho.
3.ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NO ALOJAMENTO CONJUNTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	Janaina da Silva Prado; Roselaine Terezinha Migotto Watanabe.
4.ENFRENTAMENTO DOS FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	, Mateus Vilhalva Duarte, Jair Rosa dos Santos,, Cassia Barbosa. Reis,
5. ESTUDOS SOBRE A MORTE, O LUTO E AS PERDAS AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE	Camila Cristina Lescano Ortiz, Cintia de Souza Neto, Elenita Sureke Abilio.
6.ATITUDES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM FRENTE AO ALCOLISTA	Marjorie Ester Dias Maciel; Franciele Nunes de Oliveira; Luciana Aparecida Carvalho; Dioelen Virgínia Borges Souza de Aquino Coelho.
7.O PERFIL E O CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE DOS ALUNOS DA UNIVERSIDADE ABERTA A MELHOR IDADE DA UEMS	Karine Macedo de Oliveira, Marcia Regina Martins Alvarenga
8.EDUCAÇÃO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES NAS COMUNIDADES RELIGIOSAS DE CULTURA AFRO-BRASILEIRA	Sandra Ceschin Fioravanti, Thais Josgrilberg Pereira
9.ENSINO EM SAÚDE: ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE.	Kátia Gianlupi, Márcia Regina Martins Alvarenga, Karyne Yamanari de Melo- Ingrith Raphaelle Rodrigues Calças, Lourdes Missio
10.ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	Marcela Santos-Jussara Molina Xavier, Idalina Cristina Ferrari
11.SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM NOS PRIMEIROS CONTATOS COM A PRÁTICA: REVISÃO DA LITERATURA	Natali Portela; Cibele de Moura Sales

1. A INTERFACE DA PSICOLOGIA COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Autor Fernando Augusto Gomes Sobreira¹

Autora Cintia de Souza Neto²

Autora Elenita Sureke Abilio³

¹Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados. Relator.
Email:fernandosobreira@hotmail.com

²Docente da Faculdade Anhanguera de Dourados. Psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Dourados, Email cinneto@hotmail.com

³Docente da Faculdade Anhanguera de Dourados. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES) e Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES), Unidade Universitária de Dourados;
Email:elenita.sureke@aedu.com.

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Humanização surge para humanizar as relações no âmbito da saúde e reafirmar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Dessa forma a Política Nacional de Humanização se consolida como uma política transversal, passando a colocar os saberes e práticas em saúde no mesmo plano comunicacional. É nessa aglutinação da Política Nacional de Humanização com o Sistema Único de Saúde que a tríade universalidade, integralidade e equidade é fortalecida em busca de um sistema de saúde humanizado e democrático. A psicologia se apresenta como um ponto de apoio às políticas de saúde na produção de vida e no fortalecimento das tecnologias relacionais. **Metodologia:** A metodologia utilizada para a construção do trabalho se constitui por uma revisão bibliográfica, onde foram selecionados livros, artigos e revistas eletrônicas (*SciELO, BV Saúde e PePSIC*) que se relacionavam com a temática do trabalho. **Objetivo:** Pesquisar sobre as contribuições da Psicologia para a efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS). **Resultados:** Partindo do objetivo das políticas de saúde, principalmente a Política Nacional de Humanização, onde é preconizado a produção

de vida, relações humanizadas, oferta de saúde democrática e equânime é que se constitui as possibilidades de atuação da Psicologia, de forma contribuir para a construção de espaços que favoreçam o desenvolvimento desses objetivos, pois, é uma ciência que tem como principal objeto de estudo o comportamento humano, que se constitui pela sua singularidade e subjetividade. É partindo dessas premissas que a Psicologia pode contribuir para o desenvolvimento e consolidação das políticas de saúde.

GT: Outras Temáticas de Ensino em Saúde

INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte do Trabalho de Conclusão de Curso que está em elaboração e atende como requisito obrigatório para a conclusão no curso de Psicologia.

A partir dos estudos e as oportunidades de estágio na área da saúde e hospitalar e a identificação com o tema, intensificou-se o interesse sobre as questões de implantação e implementação das políticas de saúde, principalmente para se pensar na interface da psicologia e as tentativas de mudanças nas práticas propostas pela Política Nacional de Humanização.

Neste contexto delinea-se este trabalho afirmando a relevância dos processos coletivos para analisar o histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) dando visibilidade a participação da psicologia como profissão da saúde .

Com a luta coletiva travada durante a década de 1970, que buscava uma saúde de todos e para todos, é que a psicologia se vê inserida no contexto da saúde coletiva, onde se via a necessidade da reformulação dos processos de promoção de saúde. É nesse momento que se busca uma atenção à saúde mais humanizada, igualitária e resolutiva.

A partir desse contexto de participação coletiva é criado o Sistema Único de Saúde que preconizava e garantia as reivindicações realizadas pela população brasileira. Assim, por meio de sua criação, que começa a construção de um caminho para melhorar a saúde da população, e é nessa construção que começa a

discussão dos modos de fazer e gerir saúde, em que o objetivo era garantir que os princípios, bases e diretrizes do Sistema Único de Saúde fossem respeitados e aplicados.

Dessa maneira o caminho percorrido, e que ainda é trilhado, pela saúde, resultou na construção de políticas que auxiliassem nessa garantia de uma saúde de (e para) todos, tais políticas sempre tendo como base o Sistema Único de Saúde.

Uma das políticas pensadas e produzidas nesse contexto é a Política Nacional de Humanização, que parte de um critério de fortalecimento e garantia de um Sistema Único de Saúde que dá certo. Tal política busca humanizar as relações e produzir saúde, de modo a “prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, valorizar os diferentes sujeitos, trabalhadores, usuários/cidadãos e gestores”².

E é nesse contexto de produção e reafirmação do Sistema Único de Saúde, que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, que se busca compreender como a Psicologia contribuiu na construção dessa política e pode contribuir para a efetivação dos seus princípios e diretrizes.

OBJETIVOS

Pesquisar sobre as contribuições da Psicologia para a efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS).

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada entre os meses de março a junho de 2015. Para a realização foi utilizado como método a revisão bibliográfica, onde através dos materiais produzidos e publicados nos diversos locais, como revistas eletrônicas (*SciELO, BVSalud e PePSIC*), banco de dados, livros e artigos, foram pesquisados e selecionados materiais que se relacionavam com a temática proposta.

No desenvolver da pesquisa foram consultados seis artigos

pertinentes ao tema e os demais materiais se constituíram em livros com temáticas relacionados ao Sistema Único de Saúde e seu processo de criação, assim como cadernos e cartilhas do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A saúde coletiva surge como uma crítica aos fundamentos predizentes da Saúde Pública, onde se observa um discurso naturalista da medicina que legitima a medicalização do espaço social³. Ou seja, o processo de construção da saúde coletiva se apresenta como uma oposição aos ideários estruturantes da saúde pública, que se contextualizou em uma centralização da corporação médica, onde a saúde é pautada em um modelo biomédico que compreende apenas a doença relacionada a um corpo que é biológico⁴.

Dessa forma surge a necessidade de se repensar as formas de fazer saúde, buscando “romper com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico”³. Assim a saúde em uma concepção coletiva apresenta uma nova compreensão da relação saúde, doença, sociedade e sujeito, como é apontado por Birman³:

A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças.

O marco de surgimento da necessidade de um novo modo de pensar e produzir saúde é marcado pelos movimentos sociais que antecederam as conquistas da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu em 1986, onde se iniciou o processo de reforma da saúde pública⁵. É a partir da referida conferência que se

observa os avanços como a participação social, a criação do Sistema Unificado e Decentralizado de Saúde (SUDS), um antecessor do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde como um direito assegurado na Constituição Federal de 1988, e a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142), em 1990^{6,7,8}.

De acordo com Vasconcelos e Pasche⁹, um ponto importante a ser observado nesses avanços é que ao “instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorado na concepção de Seguridade Social, a Constituição rompeu com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo”.

Pode-se observar que é nessa ruptura que surge o espaço para a inclusão de novas concepções de produção de saúde, onde podemos destacar como um marco importante para a consolidação da saúde coletiva, como prática de saúde, tendo uma visão mais ampla do conceito que abarca a relação sujeito/saúde/doença, que pode ser compreendida através da fala do professor Sergio Arouca na VIII CNS, onde ele aponta, tendo como base o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que “Saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar físico, mental, social e político...”¹⁰.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como um marco histórico de política pública, onde pela primeira vez no Brasil foi formulado uma estrutura de proteção social abrangente, justa, equânime e democrática, que cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção⁶.

É nessa perspectiva que surge um modelo de proteção democrático da saúde, sendo colocado como um direito de todos e dever do Estado. De acordo com Matta¹¹, o Estado passa a ter o dever de assegurar o direito do cidadão “mediante políticas econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da população”.

Após a criação do SUS diversas políticas de saúde são elaboradas para garantir a resolutividade e funcionamento do

sistema de saúde, dentre elas surge a Política Nacional de Humanização (PNH), que foi criada em 2003, sendo caracterizada como um eixo norteador das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). No Seminário de 10 anos da PNH, realizado em 2013, é apontado que “a humanização da atenção no SUS passa por compreender que o trabalho em saúde deve transformar necessidades humanas e fortalecer a vida. Acolher a garantia de acesso, estabelecer atenção e cuidado integral, com equidade.”¹².

O termo humanização ganha força no contexto da saúde a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, tendo como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Nesse mesmo ano é implementado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), tendo como ênfase a transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades. Em 2003 o Ministério da Saúde realiza uma revisão do programa e lança a PNH, que passa da interação apenas com hospitais para toda a rede do SUS¹³.

Em uma carta redigida por Regina Benevides ao Seminário de 10 anos da PNH, ela descreve o contexto em que a política surge da seguinte maneira:

Seus pontos de aglutinação nascem do encontro de um tempo e de um espaço populados de lutas pela democracia do Brasil, de lutas de muitas minorias que buscavam passagem para ganhar a pólis, de lutas pela afirmação de um SUS mais equânime, universal e integral; pela construção de experiências no Brasil e no mundo geradoras de novas práticas em saúde. Como efeito de toda luta, tais pontos trazem as disputas, as relações de poder, as diferenças que produzem outras diferenças, mas trazem também a tendência apassivadora de tentar equalizá-las em prol de uma idealizada 'unidade'. Este é o cenário onde, em 2003, um programa de

humanização dos hospitais se vê desafiado a romper sua verticalidade, sua localização, sua identidade, seu alvo, seu especialismo para se criar enquanto Política Nacional de Humanização¹⁴.

Nesse contexto Abilio² aponta que a “PNH foi desenhada como uma prática pública a partir dos propósitos que lhe estão traçados disparando rizomaticamente processos de pensamento e modificação intempestivas, produzindo outros falares, outros pensares e outros fazeres”. Ainda seguindo essa perspectiva dos objetivos que levaram a criação da PNH, Abilio² salienta que:

A Política Nacional de Humanização nasceu como uma inflexão do próprio SUS para o enfrentamento dos seus desafios, identificados como: fragmentação dos processos de trabalho, precária interação entre as equipes, despreparo para lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde, gestão burocráticas e verticalizadas com pouco fomento à participação dos trabalhadores, desrespeito aos direitos dos usuários, pouca valorização do trabalho de saúde e pouco investimento no controle social. (p. 256-257)

Esse contexto de luta que surge a PNH, como política de afirmação de um SUS que dá certo, é perceptível pelo entrelaçamento dos seus princípios e diretrizes com os princípios preconizados pelo SUS. Onde é observado a composição de um cenário em busca de uma saúde democrática, equânime, universal, humanizada, que preconize a promoção de vida e fortaleça a relação entre os gestores, trabalhadores e usuários nesse contexto.

A Interface da Psicologia com a Política Nacional de Humanização

A psicologia enquanto ciência tem como objeto de estudo, o

homem, e procura compreender os aspectos relacionados ao seu comportamento, os processos mentais e a sua subjetividade. Enquanto prática profissional, a psicologia coloca o conhecimento por ela acumulado a serviço de indivíduos e instituições.

Nessa perspectiva é possível notar que a psicologia se relaciona com a saúde coletiva devido à produção de subjetividade que emana das relações existente. Em uma perspectiva histórica a psicologia só adentra nesse contexto a partir da década de 1970, onde as práticas em saúde começam a ser questionadas e se vê a necessidade de viabilizar um cuidado considerando a subjetividade dos indivíduos, o que pede uma atenção mais humanizada¹⁵.

Essa luta é travada pela busca da modificação do modelo utilizado no contexto da saúde, o biomédico, que objetivava a doença, e deixava o indivíduo com toda a sua subjetividade em segundo plano. Assim buscou-se a modificação por um modelo que compreendesse não apenas a doença, mas que visualizasse um indivíduo composto por uma influência biológica, psicológica, social e espiritual³.

Nesse sentido a psicologia contribui “assumindo um papel de compromisso social legítimo, o que significa agir em saúde de uma forma humanizada, baseada numa postura de inclusão, de um "estar com" e "perto de", revalorizando um atendimento integral, no qual deve haver uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica, de empatia e de estabelecimento de vínculo”¹⁶.

Para Benevides¹⁷ é na indissociabilidade entre clínica e a política que a PNH e a psicologia se encontram. De maneira que a psicologia pode contribuir para o estabelecimento de relações que favoreçam a produção e a promoção de saúde; fortalecendo a autonomia e o protagonista dos sujeitos; e contribuindo para a inclusão do modelo biopsicossocioespiritual no âmbito da saúde.

CONCLUSÃO

Para compreender a interface da Psicologia com a Política Nacional de Humanização (PNH), fez-se importante desenvolver inicialmente um estudo que remonte a história de construção da

Saúde Coletiva, tendo como ênfase o período posterior a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que é um momento da história que culmina na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente no desenvolver da pesquisa foi apresentado a conceptualização e os caminhos percorridos para a construção da PNH. O papel da Psicologia foi abordado, tendo como base as bibliografias pesquisadas e a fundamentação construída, de maneira a investigar as possibilidades de contribuição por parte da Psicologia para o desenvolvimento e efetivação da PNH.

Dessa maneira percebe-se que a Psicologia enquanto ciência, que estuda o comportamento humano, inundado por toda a sua subjetividade e singularidade, pode contribuir para a consolidação dos objetivos da PNH, que busca humanizar as relações a fim de efetivar um sistema de saúde democrático, equânime e resolutivo.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>>
- 2- Abilio ES, [et al]. A Política de humanização em Mato Grosso do Sul: processos de construção primeiros resultados e desafios atuais. In: DOBASHI, Beatriz F. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande – MS. 2010. p. 256-257.
- 3- Birman J Interpretação e representação na saúde coletiva. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 1991. Vol. 1, nº 2. Disponível em:
<<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n2/01.pdf>>>
- 4- Almeida EC. O psicólogo no hospital geral. *Psicol. Cienc. Prof.* Vol.20 nº3. Brasília Sept. 2000. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932000000300005&script=sci_arttext>>
- 5- Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um

passado remoto. 2014. In: CAMPOS, Gastão W. [et al]. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2014. p. 560.

6- Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Disponível em:

<<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>>

7- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>>

8- Brasil. Lei nº 8.142, de 28 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. 1990. Disponível em:

<<https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>>

9- Vasconcelos CM, Pasche DF. O SUS em perspectiva. 2014. In: CAMPOS, Gastão W. [et al]. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2014. p. 560.

10- Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf>>

11- Matta GC. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

12- Brasil. Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2015. p. 7.

13- Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. Rev. Bras. de Educação Médica, 2009 vol. 33, nº 2. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01>>

00-55022009000200013>>

14- Benevides R. Carta de Regina Benevides. 2015. In: BRASIL. Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 52.

15- Castro EK, Bornholdt E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. Brasília, 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300007&script=sci_arttext>>

16- Ministério de Saúde. O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos municípios. Brasília. 2009. In: ROMERO, Norma S; PEREIRA-SILVA, Nara L. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. Florianópolis, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000200014>>

17- Benevides R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? Porto Alegre, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004>>

2. O ENSINO SOBRE USO ABUSIVO DE ÁLCOOL NO CURRÍCULO DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Marjorie Ester Dias Maciel¹

Franciele Nunes de Oliveira²

Luciana Aparecida Carvalho³

Dioelen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho⁴

¹Doutoranda pelo Programa de Enfermagem/EE-USP. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições Álcool & outras drogas /USP. Docente do Curso de Enfermagem da FAFS- Fátima do Sul – MS. E-mail: marjorieester@yahoo.com.br

²Diretora de Enfermagem do Hospital da SIAS. Aluna especial Programa de Mestrado em Educação da Universidade Católica Dom Bosco. Docente do Curso de Enfermagem da FAFS- Fátima do Sul – MS Email: franciele_enf@hotmail.com

³Enfermeira assistencialista do Hospital do Câncer. Supervisora de Estágio do curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Dourados. Aluna especial Programa de Mestrado em Educação da Universidade Católica Dom Bosco; Email: luci_enfermagem@hotmail.com.

⁴Enfermeira assistencialista. Mestranda Mestranda em Biologia Geral/Bioprospecção –UFGD

RESUMO

Introdução: O uso abusivo de álcool infelizmente é uma realidade em todos os âmbitos da saúde, por isso enfermeiro deve ser formado para lidar com essa problemática. **Objetivo:** Realizar algumas considerações a respeito de como vem sendo o ensino sobre abuso e dependência de álcool nos cursos de graduação em enfermagem. **Metodologia :** Trata-se de um trabalho de reflexão, com base na revisão bibliográfica. **Resultados :** Verifica-se que esse fenômeno por ser rejeitado socialmente, ele fica relegado a segundo plano na graduação em enfermagem, estando o seu ensino tradicionalmente atrelado às disciplinas de saúde mental e de enfermagem psiquiátrica, cujo enfoque predominante ainda é o biomédico centrado na doença e tratamento e no modelo manicomial ignorando o contexto social que condiciona e determina o abuso de álcool entre os indivíduos. Constata-se que poucas horas dessas disciplinas são dedicadas para essa temática, em média de 4 a 8 horas durante toda a graduação, mais especificamente voltadas para questões referentes a sintomas e tratamento da

dependência alcoólica, o que se considera insuficiente para formar futuros enfermeiros aptos para agir frente aos problemas atuais causados pelo uso excessivo de álcool; haja vista que dada a complexidade dos padrões de uso de álcool não se pode simplesmente classificar os indivíduos apenas como dependentes e não dependentes de álcool. Além do que o paradigma atual vigente de saúde preconiza a prevenção de agravos, portanto o enfermeiro deve sair da graduação capaz de intervir de modo precoce nos transtornos relacionados ao uso de álcool. Assim, se sugere mudanças no modo ensino e reformulação da grade curricular de enfermagem para que essa temática seja melhor contemplada, bem como que esse conteúdo seja ministrado de maneira transversal no currículo e não apenas restrito as disciplinas relacionadas a saúde mental.

GT: 7

3. ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NO ALOJAMENTO CONJUNTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Janaina da Silva Prado

Roselaine Terezinha Migotto Watanabe

Janaina da Silva Prado ¹Estudante do Curso de enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: janainaprado@hotmail.com.

Roselaine Terezinha Migotto Watanabe ²Professora do Curso de enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: watanabepam@hotmail.com.

RESUMO

Introdução: Alojamento Conjunto (AC) é um sistema hospitalar em que o recém – nascido sadio permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia no mesmo ambiente até a alta hospitalar². Espaço ideal para reforçar o relacionamento entre mãe-filho e família, onde é praticado o cuidado humanizado, pois o sistema facilita o cuidado materno e principalmente profissional. A partir desses cuidados emoções começam a despertar criando vínculos entre todos os envolvidos e possibilita a redução dos índices de infecção hospitalar². **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada pela acadêmica de enfermagem durante a realização das atividades assistenciais realizadas no estágio curricular supervisionado em um AC da maternidade de um hospital de Dourados. **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência, vivenciado em um estágio curricular supervisionado no AC da maternidade de um hospital de Dourados, onde são realizadas atividades assistenciais e educativas. O público alvo são gestantes, puérperas e recém – nascidos internados no AC, cujo início ocorreu no dia 03 de Agosto de 2015 e está em desenvolvimento até a presente data. As orientações em saúde são realizadas verbalmente, através de visitas aos leitos diariamente, e durante as admissões das puérperas e bebês. **Resultados:** Durante o estágio são realizadas admissões, assistência de enfermagem a gestantes, puérperas e recém - nascidos e orientações que abordam

os seguintes aspectos: Aleitamento exclusivo até os seis meses e sob livre demanda, as vantagens para puérpera, para criança, alimentação da nutriz, posição da mãe e bebê, proibição do uso de chupetas e mamadeiras. Os cuidados com as mamas e como tratarem as possíveis complicações, diariamente durante as visitas é orientado quanto a higiene do recém – nascido, troca de fraldas e cuidado com o coto umbilical³. Percebe-se que o estágio proporciona ao acadêmico uma vivência da profissão, correlacionando teoria e prática, superando desafios e solucionando problemas.

GT:- Outras temáticas sobre Ensino em Saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Atenção à saúde do recém- nascido: Guia para profissionais de saúde. 2.ed. Brasília – Ministério da Saúde; 2012.
2. LEONE CR, Tronchin DMR, Toma E. Assistência integrada ao recém nascido de baixo risco. 2. Ed. São Paulo: Atheneu; 2012.
3. SOUZA, ABG. Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém – nascido. 1. Ed. São Paulo: Martinari; 2011.

4. ENFRENTAMENTO DOS FAMILIARES OU RESPONSÁVEIS DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

Duarte, Mateus Vilhalva¹

Santos, Jair Rosa dos²

Reis, Cassia Barbosa³.

¹ Acadêmico de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados-MS, Brasil. mateusduarte_08@hotmail.com

² Enfermeiro Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Docente Curso de Enfermagem Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados-MS, Brasil, Mestrando em Ensino em Saúde jair@uems.br

³ Enfermeira, Doutora em Doenças Infeciosas e Parasitárias, Docente Curso de Enfermagem Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados-MS, Brasil, Docente do Programa de Pós Graduação Ensino em Saúde. cassia@uems.br.

RESUMO

Pesquisa qualitativa empregando o Discurso do Sujeito Coletivo. Realizada no HU de Dourados- MS, nos meses de Junho e Julho de 2013. Objetivo geral: Compreender o impacto da hospitalização nos familiares ou responsáveis de crianças internadas. Específicos: Analisar a relação de enfrentamento dos familiares ou responsáveis diante da hospitalização da criança. Investigar quais são os principais sentimentos dos pais ou responsáveis frente ao processo de hospitalização. Verificar os fatores que interferem no processo de aceitação e vivencia da hospitalização do familiar. Metodologia: Entrevistou-se 23 acompanhantes do sexo feminino, com media de idade de 20 a 25 anos, 69,5 % casadas e 30,4 % solteiras. Resultado: Foram identificados cinco IC: Abalada pela notícia, Incerteza quanto à situação de saúde da criança, Esperançosa, Preocupação, Nível de satisfação com o serviço ponto negativo e positivo. Conclusão: verificou-se a dificuldade do familiar em lidar com a doença da criança devido à despreparo da equipe.

DESCRITORES: Criança Hospitalizada, Enfermagem Pediátrica, Assistência Integral à Saúde.

GT: Outras temáticas em Ensino em Saúde

INTRODUÇÃO

Para ter um desenvolvimento físico, psíquico e social saudável a criança necessita de cuidados e vínculos consistentes, que lhe proporcione amor, carinho e segurança, sendo que estes são subsídios essenciais para um crescimento saudável. Lares cujos gestores não proporcionam a criança segurança e conforto faz com que o desenvolvimento infantil esteja afetado, provocando um declínio no progresso desta criança, são fatores que serão responsáveis pelo comprometimento da sua formação psicológica na sociedade a qual está inserida ⁽⁴⁾.

Durante a infância alguns estressores aparecem no indivíduo onde estes estão relacionados ao desenvolvimento físico e mental da criança, podendo ser responsáveis pelo aparecimento de patologias associadas a este crescimento, onde a criança terá que lidar com a hospitalização sendo este o primeiro impacto de separação dos pais, gerando nos pequenos, ansiedades e medo ⁽¹⁾.

No hospital, a criança se depara com um ambiente totalmente novo e pessoas desconhecidas tendo que lidar com a situação de estar em um local estranho, deverá seguir as regras da unidade terapêutica, motivos desencadeadores de problemas tais como, distúrbios alimentares, esfinterianos e do sono, sendo que estes aparecem devido às condições o qual o infante está inserido ⁽⁵⁾.

Com um relacionamento sólido, a criança terá maior facilidade de aceitar a hospitalização, apesar da situação a qual o infante se encontra, os pais que oferecem o apoio necessário, permitem que a internação seja bem sucedida, mesmo que o indivíduo esteja em um local desconhecido ⁽⁶⁾.

Famílias que se apresentam estruturalmente abalados, não conseguem criar um ambiente harmonioso a criança, desencadeando nestas, angústias e aflições, que podem ser um fator preocupante para o seu desenvolvimento, tanto físico quanto psíquico. Diante da internação dessa criança, os laços estarão dissolvidos, dificultando assim a aceitação da patologia tanto pela criança quanto pelos familiares ⁽⁷⁾.

Temos por objetivo geral, compreender o impacto da

hospitalização nos familiares ou responsáveis de crianças internadas e por específicos, analisar a relação de enfrentamento dos familiares ou responsáveis diante da hospitalização da criança, investigar quais são os principais sentimentos dos pais ou responsáveis frente ao processo de hospitalização e verificar os fatores que interferem no processo de aceitação e vivência da hospitalização do familiar.

A presente pesquisa por si só se justifica, cremos que através desta, futuramente, poderemos influenciar na busca e na melhora dos padrões de acolhimento e atendimento da criança e do acompanhante nas pediatrias, diminuindo os impactos da diferença de rotina da criança e com suporte ao cuidador. Objetivando compreender o impacto da hospitalização nos familiares ou responsáveis de crianças internadas e ainda analisar a relação de enfrentamento dos familiares ou responsáveis diante da hospitalização da criança, investigar quais são os principais sentimentos dos pais ou responsáveis frente ao processo de hospitalização e verificar os fatores que interferem no processo de aceitação e vivência da hospitalização do familiar. A pesquisa de teve um caráter qualitativo, tabulados pelo método de análise de dados denominado Discurso do Sujeito Coletivo. Foi realizada no Hospital Universitário de Dourados- MS, nos meses de Junho e Julho de 2013, com a autorização através do Protocolo de Pesquisa 016/2011-CEP/UFGD. Apresentou como questão norteadora de como os familiares ou responsáveis enfrentam o processo de hospitalização da criança na pediatria. Foram inclusos na pesquisa acompanhantes de nacionalidade brasileira, independente de sexo, idade e grau de parentesco. Não foi realizada a entrevista com indígenas e estrangeiros, visto que a cidade de Dourados abrange na sua macro região, cidades de fronteira com Paraguai e reservas indígenas próximas a cidade. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, desde as questões fechadas a as abertas que foram gravadas, mantendo a maneira e a disposição das gírias e vícios linguísticos de cada cuidador, mantendo o sigilo dos mesmos. Para se alcançar a síntese esperadas ideias centrais foram utilizados instrumentos de análise de discurso (IAD) 1 e 2. No IAD 1 foram transcritas as expressões chaves e identificadas as ideias centrais, já

no IAD 2 foram agrupadas essas ideias conforme fizessem sentido e não houvesse repetição de ideias, formando o DSC. Foram entrevistadas 23 acompanhantes, limitado pela somatória dos dados, todos do sexo feminino, com a média de idade de 20 a 25 anos, 69,5 % casadas e 30,4 % solteiras. São residentes em área urbana 73,9 % e 26,1 % em área rural, distribuídas nas micro áreas de Naviraí, Ponta Porã, Dourados e Nova Andradina. O grau de parentesco dominante foi o de mãe (95,5 %) e avó com apenas (4,4%). Na análise dos discursos, foram identificadas cinco ideias centrais: 1-Abalada/afetada pela notícia, 2-Incerteza quanto à situação de saúde da criança, 3-Esperançosa, 4-Preocupação, 5-Nível de satisfação com o serviço ponto negativo e positivo, que seguem abaixo em quadros a análise do DSC. IC 1 – ABALADA/AFETADA PELA NOTÍCIA (n=18): Pois a ideia central encontrada foi abalada pela notícia, onde foi construído o DSC abaixo.

“Não fiquei triste, mas também não muito feliz, mas pensei que ficar triste ia ser pior, porque vi que a cada dia tava melhorando, mas eu não quero me senti sozinha, porque tem o médico, a enfermeira, quando a gente chegou no PAP eles ficaram correndo atrás do meu filho e agente ficou muito abalada só chora, a agente só pensa em chora, A gente ficou desesperado fiquei como se o chão tivesse abrido e eu cai dentro e não conseguia sair, me deu uma depressão horrível na hora, só Deus, to pedindo né uma oração, pedindo né orientação de um, converso com outro, ai comecei , to tentando me manter firme e forte, mas é difícil. Eu fiquei muito mal, muito mal mesmo, igual falei, não esperava nossa, nem um pouquinho que ele ter que fica internado, fiquei muito mal. Conforme observado no DSC (IC) acima, há vários sentimentos e reações emocionais que se desencadearam como consequências da notícia da internação e a permanência da criança no espaço hospitalar, sentimentos que vão da tranquilidade em estar no hospital e o de depressão pelo isolamento o medo do desconhecido.

Famílias que se apresentam estruturalmente abalados pelo diagnostico ou pela fase da internação, não conseguem criar um ambiente harmonioso a criança, desencadeando nestas, angústias e aflições. Diante da internação dessa criança, os laços estarão dissolvidos, dificultando assim a aceitação da patologia tanto pela

criança quanto pelos familiares⁽⁸⁾. IC 2: INCERTEZA QUANTO A SITUAÇÃO DE SAUDE DA CRIANÇA (n=8): Pois a ideia central encontrada foi de incerteza quanto a situação de saúde da criança, onde foi construído o DSC abaixo. *“Ab eu reagi bem, assim a gente fica meio assim, mas fazer o que né, não mudou muito coisa não, continua a mesmo de sempre, a mãe só pensa que é o pior, nunca pensa bem, fiquei muito surpresa né, você não sabe nem quando vai sai, quando seu filho vai melhora, quando ela vai ta melhor ou alguma coisa que vai acontece com ele.* Conforme observado no DSC (IC) acima, o enfrentamento da doença infantil nem sempre é bem visto pela família e sentimentos de impotência e medo geralmente surgem ao ver o filho doente⁽⁹⁾.

Diante disso, sabe-se que a comunicação será um instrumento essencial tanto na enfermagem quanto a qualquer equipe multiprofissional, na atuação ao familiar da criança internada⁽¹⁰⁾. Quando os pais não sabem o que poderá acontecer com sua criança por falta de informação, eles permanecem em constante alerta causada principalmente pela preocupação, ansiedade e a falta de confiança. Para encarar o sofrimento psíquico a família tem a necessidade de um suporte, representado pela fé em Deus⁽⁴⁾. Fato esse que a IC 2 está totalmente ligada a IC 3. IC 3: ESPERANÇOSA (n=4)2: Pois a ideia central encontrada foi de esperança na recuperação da criança, onde foi construído o DSC: *“Então, assim, a gente como mãe fica assim com medo, mas tem que ser forte assim nessa hora tem que segurar, o que falei que mudou minha vida ele ocupa todo o meu espaço, é bom que ele ocupe meu espaço porque o outro não ta precisando, ta com o pai, com irmão, ta bem, mas ela precisa de mim, não vou fica triste, to fazendo de tudo pra mim tentame reergue de novo. Fica eu e minha filha quando pode, num estamos arrasados porque tamo pedindo a Deus.”* Observa-se nessa IC a busca e o sustento na esperança é a melhor saída que a família encontra em momentos como este que a criança está internada e toda a atenção e requerida pela criança⁽¹¹⁾. A espiritualidade é parte fundamental da vivencia da família sendo parte integrante do processo de hospitalização da criança, a religião influencia as crenças sobre a doença e pode contribuir para redução do medo, ansiedade, e aumento da esperança e da paz⁽⁴⁾. A religiosidade deve ser considerada uma chave para a recuperação da família, sendo que,

segundo ele, ter fé é um incentivo ao indivíduo a ter esperança. Pessoas que possuem crenças conseguem similar em suas mentes que não importa a doença do indivíduo, ele vai ficar bem ⁽¹²⁾. IC 4: PREOCUPAÇÃO (n=17): Pois a ideia central encontrada foi preocupação com o quadro da criança, onde foi construído o DSC. “*Preocupação, porque eu trabalho to na experiência né, vou ter que pega atestado pra leva no serviço, não sei se vou fica como que vai ser, tive que deixa tudo pra fica aqui com ela, larga sua vida lá fora, sua casa né sua família pra ter que vive aqui dentro né, todo mundo ficou preocupado com ela, todo mundo ligando perguntando como que ela tava, o porquê, o que tinha acontecido, se ela tava bem, eu tenho ainda dois filho que tá lá com a minha mãe, não tem nem como saber que dia vou embora, que dia que vou ver eles, como eles tão, a questão é que deixou mais preocupado por causa dos meus filhos, meu marido num pode vim aqui, é que tem que se desloca da casa pro hospital porque a gente mora longe.* Conforme observado no DSC (IC) acima, a falta da família, e a preocupação com o trabalho nesses casos também se torna um fator importante na recuperação da criança, levando-os a exposição às pressões internas e externas. As internas estão relacionadas a sentimentos de preocupação e culpa, e as externas, são decorrentes do ambiente hospitalar, que apresenta muitas situações desfavoráveis aos acompanhantes de crianças internadas na pediatria ⁽¹³⁾. IC 5: NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO PONTO NEGATIVO E POSITIVO (n= 23): Pois a ideia central encontrada o nível de satisfação com o serviço prestado pelo hospital em pontos positivos e negativos a partir daí, foi construído o DSC: “*Estava sem comer, mas hoje não tem resultado do que ele fez, não da pra saber, porque ele pegou pneumonia, ele pegou aqui porque não tava assim, falta de informação, UTI é bom, mas aqui na pediatria cada enfermeira tem muita criança pra cuida, aqui eles atendem muito bem, bem melhor que o lugar onde eu moro, eles tem uma responsabilidade muito grande, então quando não ta a enfermeira eu mesmo faço algumas coisas, por exemplo, ajudo na fisioterapia.* Na IC5, é possível enxergar através do DSC a insatisfação da acompanhante quanto a atenção dada à criança pela enfermagem, a medicação, a resultados de exames ao mesmo tempo em que ela acaba por auxiliar em algumas tarefas de cuidados específicos. Na unidade hospitalar observa-se que o trabalho mais acentuado é da

enfermagem por ser a categoria que passa maior tempo ao lado do paciente, sendo de responsabilidade do enfermeiro⁽¹⁴⁾. Nota-se que permitir que o cuidador participe na atenção à criança não tem sido uma tarefa muito fácil, pois apesar da modernidade, expansão da medicina e trabalho em equipe, aceitar um familiar participar do cuidado tem sido um desafio para os profissionais da saúde⁽¹⁵⁾. A permanência dos pais no ambiente hospitalar e a sua participação no cuidado têm provocado mudança na organização da assistência à criança hospitalizada, fazendo com que os profissionais de saúde trabalhem na perspectiva de um atendimento aperfeiçoado ao cliente com o auxílio de seus cuidadores, promovendo assim, um trabalho grupal entre ambos⁽¹⁷⁾. A organização da assistência à criança hospitalizada tem se modificado no longo dos anos, a humanização nas instituições de saúde por meio dos profissionais que se disponibilizam a atender o cliente e seu familiar com um serviço de qualidade⁽¹⁸⁾. Trabalhar com a importância da atuação dos pais no cuidado à criança, visando o bem estar físico e psíquico tanto do doente quanto do seu familiar. É de suma importância que os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, informem aos pais as reais necessidades de seu filho, preparando os mesmos para o cuidado⁽¹⁵⁻¹⁴⁾. Observa-se que a equipe multiprofissional está envolvida em uma série de questões que defende o apoio do familiar durante o processo de internação da criança, tendo em vista que são leis formuladas para proteger a família e seus direitos⁽¹⁴⁾. A equipe multiprofissional é essencial no atendimento ao infante, sendo umas das maneiras mais sólidas de cuidado, pois o tratamento vai além da criança, atingindo também seus familiares, por isso os profissionais devem estar atentos com a família, pois estas são responsáveis pela recuperação mesmo que indiretamente da criança⁽¹⁹⁾. Na unidade hospitalar observa-se que o trabalho mais acentuado é da enfermagem por ser o profissional que passa maior tempo ao lado do paciente, com o objetivo de amenizar o estresse tanto da criança internada por estar longe da família quanto dos próprios familiares⁽¹⁴⁾. Os resultados mostraram que as famílias apresentam dificuldades não apenas com o processo de aceitação da hospitalização, mas também com o trabalho em equipe com os

profissionais de saúde. Com isso nota-se a importância da atuação consistente da equipe que oferece assistência à criança e seus familiares. Foi possível verificar no enfrentamento da hospitalização da criança pelo familiar a dificuldade deste em lidar com a doença da criança que ocorre principalmente devido a falta de preparo dos profissionais de saúde ao fornecerem informações a respeito da patologia do infante. Conclui-se que o campo para pesquisa em enfrentamento dos familiares na hospitalização da criança é amplo, traduzindo em uma maior necessidade de pesquisas afins, descobrir novas perspectivas, novas fases, grau de orientação conforme o grau de estudo e a busca pelo conhecimento através de fontes de acesso livre para orientação. Assim que a temática despertar interesse dos profissionais de saúde e por eles for melhor compreendida a assistência será realizada com qualidade e com um olhar amplo, objetivando proporcionar maior bem estar físico, psíquico e social à criança e seus familiares.

REFERÊNCIAS:

- 1- Shultz, LFA. Família vivendo a doença e a hospitalização da criança: Protegendo O Filho do Mundo e não o Mundo do Filho. Centro de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão Curso de Mestrado em Enfermagem, Guarulhos, p.119-219, 2007. .
[Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em:
<http://tede.ung.br/bitstream/123456789/211/1/Lidiane+Ferreira+Schultz.pdf>
- 2- Wong, D.L.Enfermagem Pediátrica.A Criança com Disfunção Neuromuscular ou Muscular. Rio de Janeiro: 5ed, Guanabara Koogan, p.1049-1050, 1997.
- 3- Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo v.12, n.2, p. 191-197, 2004.
[Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a07.pdf>
- 4- Milanesi K. et al. O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. Revista de Brasileira Enfermagem,

Paraná, v.56, n.6, p. 769-774, 2006. [Internet] [citado 2013, Nov, 20.]Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a09.pdf>

5- Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Critica*, Brasil, v.15, n..3, p. 625-635, 2002. [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a16v15n3.pdf>

6- Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde Coletiva* 13 (1): 61-70, 2008. 25/04/2007. . [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n1/10.pdf>

7- Martins SR. et al.Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.7-212, 2008. [Internet] [citado 2013, Nov, 20.]Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a12.pdf>

8- Pontes AC. et al.Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.61, n.3, pag. 312-318, 2008. . [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

9- Reis GMR. Expectativas do pais durante a hospitalização da criança. dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Lisboa-Portugal, p.1-171, 2007. . [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7262/2/Microsoft%20Word%20%20Tese%20Expectativas%20dos%20pais%20durante%20a%20hospi.pdf>

10- Oliveira I, Angelo M. Experiencing a difficult and revealing passage with her child-the live-in mother experience. *Rev Esc Enf USP*, São Paulo, vol. 34, n. 2, p.8-202, 2000. [Internet] [cited 2013 Nov 20]. Available in:

<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v34n2/v34n2a10.pdf>

11- Quirino DD. et al. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p.6-300, 2010.

. [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n2/14.pdf>

12- Sabatés AL, Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v.13, n.6, p.73-968, 2005. . [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a08.pdf>

13- Oliveira B.R.G, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Revista Latino Americana De Enfermagem, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.95-102, 1999. [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf>

14- Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. fatores que apoiam e não apoiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. Rev. Esc Enf. USP, São Paulo, v.36, n.3, p.5-270, 2002. [citado 2013, Nov 20]. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v36n3/v36n3a08.pdf>

15- Masetti M. Boas misturas: A ética da alegria no contexto hospitalar. São Paulo: Palas Athena, 2003.

16- Soares MF, Leventhal LC. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante p9da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. São Paulo, v.7, n.3, pag.327-332, 2008. [Internet] [citado 2013, Nov, 20.] Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6503/3858>

5. ESTUDOS SOBRE A MORTE, O LUTO E AS PERDAS AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE

Autora Camila Cristina Lescano Ortiz¹

Autora Cintia de Souza Neto²

Autora Elenita Sureke Abilio³.

¹Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados; Relatora.
Email: camilaalescano@hotmail.com

²Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados, Psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Dourados;
Email cinneto@hotmail.com

³Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Dourados, Mestranda no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados;
Email: elenita.sureke@aedu.com.

RESUMO

Introdução: A morte desencadeia diversas reações e resistência para ser discutida. Há um processo de negação que envolve as várias formas de enfrenta-la. O ser humano não esta preparado para lidar com tal acontecimento, pois há um estigma social que permeia a sua conceituação. Quando se trata de uma equipe de saúde que lida diariamente com este fato, acaba gerando sentimentos ambivalentes, prejudicando e interferindo em questões emocionais importantes. Este trabalho trata-se da apresentação da primeira fase de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso e o tema foi escolhido por envolver o sofrimento psíquico e o adoecimento da equipe de saúde, o que desperta o interesse da autora, já que estes trabalham com a promoção da saúde do outro e prejudicam a sua própria. **Metodologia:** A abordagem utilizada nesta pesquisa é classificada como qualitativa exploratória e de referencial bibliográfico. **Objetivo:** Pesquisar sobre as contribuições da atuação do Psicólogo Hospitalar no suporte a equipe de saúde

frente às situações de morte, visando contribuir e promover situações que possam auxiliar o profissional na elaboração do processo de luto, propiciando a continências das emoções que são suscitadas na equipe de saúde, através dos grupos Balint e de reflexão. **Resultados e Discussões:** O Psicólogo Hospitalar deve promover espaços dialógicos onde os profissionais de saúde possam refletir sobre suas próprias emoções e sentimentos proporcionando uma relação mais humana entre médico-paciente, familiar-paciente, familiar e equipe de saúde e outras discussões conceituais de temas como saúde, doença, morte, morrer, luto e perdas.

GT: Outras temáticas sobre Ensino em Saúde.

INTRODUÇÃO

A morte saiu das casas e do convívio familiar, tornando-se institucionalizada e medicalizada, com a alta tecnologia vemos o esforço dos profissionais da saúde para manter o paciente vivo.

Este trabalho é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso que está em andamento. O interesse por pesquisar este tema surgiu durante os estudos disponibilizados na disciplina de Psicologia da Saúde e Hospitalar. Ao se pensar sobre a importância do vínculo entre os usuários/pacientes e os trabalhadores de saúde para a condução de processos de cuidados em saúde, este tema traz consigo a resistência para se pensar na finitude da vida, pois está envolto de mitos, estigmas sociais e culturais e medo envolvendo conceitos singulares e individuais.

Kovács¹ diz que na formação acadêmica médica os alunos fazem parte de um treinamento que tem por finalidade retirar do aluno a emoção diante do paciente, para que assim ela passe a reconhecer no paciente a doença e não a pessoa, pois vivemos em uma sociedade em que a morte não é vista como um acontecimento natural de nosso ciclo vital, mas sim, como o fracasso e a derrota da equipe, sendo evitada a qualquer custo. Apesar de todo o processo tecnológico para o retardamento da morte, não há uma preparação para o enfrentamento dos sentimentos decorrentes dessa perda.

O despreparo da equipe de saúde para lidar com a morte, esta associada com o desamparo em saber lidar com situações de perda, que acontece desde a preparação acadêmica. No ambiente hospitalar, que é marcado pela técnica e rotina, as emoções são deixadas de lado, pois são vistas como não convenientes por parte dos profissionais².

É necessário que o sujeito/ indivíduo inserido nesse contexto tenha um atendimento mais humanizado e que mesmo hospitalizado não perca a sua identidade e seja visto como pessoa e não apenas como uma nomenclatura de doença. Para que isso aconteça é preciso que a equipe de saúde esteja preparada para saber lidar com as suas perdas e não veja a morte como uma punição ou fracasso. Diante deste cenário buscou-se informações com o intuito de responder ao seguinte questionamento: Como o Psicólogo Hospitalar pode contribuir para o enfrentamento das questões relacionadas aos processos de morte de pacientes terminais vivenciado pela equipe de saúde?

Nesse estudo objetivou-se compreender como as equipes de saúde definem e vivenciam o contato com o paciente em fase terminal. O estudo se faz relevante, pois é necessário que haja uma quebra na desmistificação acerca do tema morte, tornando-a assim mais compreensível, proporcionando um espaço de entendimento e reflexão propiciando a capacidade para lidar com os sentimentos oriundos da morte.

OBJETIVOS

Pesquisar sobre as contribuições da atuação do Psicólogo Hospitalar no suporte a equipe de saúde frente às situações de morte.

METODOLOGIA

A abordagem utilizada nesta pesquisa é classificada como qualitativa, exploratória, utilizando-se de uma revisão de literatura, buscando investigar materiais que estivessem disponíveis em meios *on-line* como, *SciELO*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Para atingir o objetivo proposto, foi utilizada uma pesquisa com artigos periódicos com os descritores “Morte, Paciente Terminal,

Tanatologia e Psicologia”. A pesquisa desenvolveu-se durante o 1º semestre de 2015, foram consultados sete artigos referentes à temática Psicologia e Morte.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A posição pessoal diante da morte é modificada pelas culturas e pelas sociedades. Porém seja qual for a religião, a sociedade ou o tempo, a morte é vista como um afastamento entre o indivíduo e a convivência humana, no entanto, esta separação não começa após a morte, mas tem início desde o momento que a pessoa tem o diagnóstico de uma doença grave. A morte é temida principalmente porque traz sofrimento, dor e uma série de sintomas incapacitantes que altera a qualidade de vida, também porque significa perdas, separações, luto e tristeza³.

De acordo com Chemello⁴ cada época tem a sua estrutura de pensamento, por isso a morte nem sempre foi vista como assunto tabu. No antigo Egito os corpos eram embalsamados, para cultivar a imagem viva, o embalsamento não fora prática exclusiva dos egípcios, mas também dos povos antigos, sendo eles, Persas, Assírios e Citas.

Para Kardec⁵ a morte é vista como uma passagem, ela representa a cessação da vida orgânica, o que morre é o corpo físico a alma continua intacta no instante da morte todo homem retorna ao mundo dos espíritos, que é o seu lugar de origem, nesse estado ele conserva plenamente sua individualidade, na separação da alma e do corpo não existe dor.

A morte para os cristãos não é vista como punição e existe a ideia de um céu e um inferno, a morte pode ser considerada um sono profundo. Kovács⁶ destaca que era importante que o corpo dos mortos fosse enterrado perto dos santos, pois acreditavam que assim estariam protegidos até o dia do juízo final, havia um aquecimento da alma dos mortos, o que favorecia a restituição a vida eterna.

A ideia de purgatório de uma instância intermediária entre o céu e o

inferno, surge em um momento onde o imaginário sobre os mortos deixa de lado um espaço onde se pensa a coletividade. Um lugar fixo de almas penadas, que necessitam, entre outras coisas de preces, velas, presença na memória e nos sacrifícios dos vivos, para alcançarem a vida eterna⁷. Vale ressaltar que tanto na cultura judaica, budista, islâmica, hinduísta e espírita, acredita-se que a alma permanece viva enquanto o corpo desfalece, acreditando assim na reencarnação. Ariès⁸ destaca que na época do grande desenvolvimento científico, existia a crença de vida após a morte, sendo fundamental a ideia de julgamento final e a salvação de almas, surgindo então a questão do paraíso ou do inferno.

Na atualidade há diversas definições sobre a morte, uma delas é que a morte é um acontecimento real que ocorre quando um ou mais órgãos vitais param de funcionar e suas funções fisiológicas não podem mais ser estabelecidas, tornando-se incapazes de superar nossas necessidades de oxigenação, nutrição, etc⁹ um dos termos também utilizados no meio médico é a morte encefálica que ocorre quando o cérebro da pessoa para de funcionar, mesmo se o coração ainda estiver em funcionamento é declarada a morte encefálica.

De acordo com o autor Koury⁶ a morte vem saindo de sua normalidade e da casa das pessoas, a luta contra a morte se passa cada vez mais dentro dos hospitais que é considerado um espaço de saber técnico e instrumental. É a partir do século XX que a morte é vista como o fracasso da medicina, encarada como vergonhosa e uma falha pessoal ou institucional.

No mundo atual de tecnologias, encontram-se profissionais desprovidos de qualquer avanço para enfrentar a morte como algo que esta por vir, posto que sua visão de morte, em ambiente hospitalar vem acompanhada da ideia de fracasso do corpo, falência dos órgãos, do sistema de saúde, da sociedade, das relações com Deus e com os homens¹⁰.

Frente a todos esses conceitos e enfrentamento da morte no decorrer dos tempos, hoje temos os cuidados paliativos, mas precisamente o morrer com dignidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.¹¹

Os cuidados paliativos colaboram para o não prolongamento do morrer, mas cria um espaço favorecedor de despedidas, uma preparação para a separação e de um pensar na vida dos familiares que permanecerão. Apesar da grande ambivalência de sentimentos em relação à morte, no fim ela acaba tendo o mesmo significado para todos, sendo considerada o último sopro de vida.

A equipe de saúde sofre constantemente com o sentimento de fracasso e impotência diante da morte dos pacientes que estão sob seus cuidados. Ao acompanharem um paciente com diagnóstico terminal a equipe sofre um grande desgaste físico e emocional, pois acompanham uma doença evolutiva e sabem que o desfecho disso tudo é a morte. Acredita-se que a parte mais difícil pela qual principalmente os médicos passam é acompanhar o paciente vivo que está morrendo, conseqüentemente o profissional tende a fugir desse tipo de atendimento, pois têm a ideia de que nada mais pode ser feito, refletindo assim uma atitude de negação frente à própria mortalidade.

As dores da condição humana, as dores da fragilidade da vida, a dor da impotência de querer curar o incurável, a dor da finitude, a dor da separação. Quando se está diante da realidade inexorável da dor, do envelhecimento, da doença e da morte a pergunta sobre o sentido da vida torna-se avassaladoramente inevitável e inelutável¹². Na época em que vivemos não se autoriza a expressão de emoção e dor por parte da equipe de saúde, o profissional lida no seu dia a dia com situações de sofrimento e dor, sendo a morte um elemento constante e presente, gerando dificuldade para lidar com a equipe, família e o paciente, ocasionando situações de estresse e revolta.

Não raro, a equipe médica, sentindo-se impotente diante da última e decisiva crise existencial pela qual passa o paciente, se protege

restringindo sua ação aos cuidados meramente físicos. A técnica, nesta situação, frequentemente é utilizada como uma barreira que corta a possibilidade de um possível e indesejável envolvimento humano¹³. Os mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais de saúde faz com que eles deixem de perceber a dor do outro, ou seja, deixem de perceber as limitações e angústias dos pacientes, o que acaba comprometendo na prestação de assistência. O convívio com a dor e a perda traz ao profissional a vivência de seus processos internos, trazendo a tona a sua fragilidade, medos e vulnerabilidade.

A equipe de enfermagem é a que esta mais suscetível a sofrer pela perda de pacientes com prognóstico de morte. Por passarem mais tempo com eles acabam estabelecendo um vínculo maior. O sofrimento das pessoas da equipe de enfermagem se mascara pelo cumprimento de rotinas, a morte é uma evidencia do nosso limite da nossa mortalidade, da nossa condição humana¹⁴. Vale ressaltar que todos os profissionais da saúde não são preparados para lidar com tais situações, uma falha que vem desde a sua formação, onde não são ministradas aulas a respeito da temática morte, o que acaba colocando no mercado de trabalho profissionais preparados apenas tecnicamente e despreparados psicicamente.

No nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmo. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance. Portanto, a morte em si está ligada a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo¹⁵.

Um dos objetivos do psicólogo hospitalar é de prestar assistência ao paciente, lidar com suas angústias, minimizar seu sofrimento e de seus familiares e trabalhar os aspectos emocionais decorrentes da doença, da hospitalização ou de uma cirurgia¹⁶. Porém, com as mudanças ocorridas no decorrer dos anos, sabe-se que o psicólogo inserido dentro do hospital também tem a possibilidade de atuar no contexto de trabalho com as equipes multidisciplinares, prestando assistência psicológica não só ao sujeito hospitalizado, mas também para seus familiares e a equipe de saúde. A Psicologia Hospitalar se distingue das demais, pois ela busca humanizar a pratica dos

profissionais de saúde dentro do contexto hospitalar. Não há padrões básicos de atendimentos que sejam diretivos na prática hospitalar, uma vez que cada psicólogo é livre para atuar de acordo com a sua formação acadêmica e profissional e suas convicções¹⁷.

O Psicólogo Hospitalar pode trabalhar com espaços em que o profissional da saúde possa refletir sobre suas próprias emoções e sentimentos proporcionando uma relação mais humana entre médico-paciente, onde ele possa enxergá-lo como “pessoa” e não apenas como “doença”. Hoje existem os grupos chamados de Balint onde os participantes devem relatar casos clínicos sem recorrer a nenhuma anotação, em associação livre de palavras, trazendo ao grupo a necessária riqueza de detalhes para esclarecer a situação, contexto, doença, transferência manifestada pelo paciente, envolvimento dos familiares e participações dos outros profissionais especialistas eventualmente consultados¹⁸. O grupo tem por objetivo que seus participantes revelem os sentimentos em relação aos seus pacientes que foram recalcados inconscientemente, abrindo uma discussão para que todos participem.

CONCLUSÃO

O processo de morte e morrer são temas ignorados na nossa cultura, o que acaba dificultando a abordagem do assunto. A morte é carregada de emoções e sentimentos variáveis, no âmbito hospitalar é estigmatizada como fracasso e falha da equipe de saúde, desencadeando mecanismos de defesas que prejudicam a capacidade emocional e criando grande sofrimento psíquico. A formação e a carreira do profissional de saúde são marcadas pelo afastamento da morte e quando deparam-se com ela acabam não tendo um espaço para a expressão de seus sentimentos.

Para o Psicólogo Hospitalar que atua em detrimento para melhorar tais circunstâncias, cabe a ele o papel de estimular a equipe a perceber e falar sobre suas dificuldades, para que assim possa acontecer uma melhor elaboração de seus medos e angústias, permitindo que a equipe tenha um espaço de reflexão para discorrer e refletir sobre seus medos e frustrações.

REFERÊNCIAS

- 1- Kovács MJ. **Educação para a Morte Temas e Reflexões**. 1^o reimpressão ed. São Paulo; 2003.
- 2- Quintana AM. et al. **Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal**. Paidéia, 2006, 16(35), 415-425.
- 3- Rodrigues JC. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- 4- Chemello E. **Aspectos científicos da mumificação**. Química Virtual, Novembro (2006). Disponível em: <http://www.quimica.net/emiliano/>. Acesso em: 17/04/2015.
- 5- Kardec A. **O Evangelho Segundo o Espiritismo**. Editora Petit, 2003.
- 6- Kovács MJ. **Educação para a Morte Temas e Reflexões**. ed. São Paulo; 2012.
- 7- Koury MG. P. **Sociologia da emoção: o Brasil urbano sob a ótica do luto**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- 8- Ariès P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- 9- Ferreira SMS. **As atitudes do enfermeiro diante da morte**. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem e Nutrição. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2002.
- 10- Pitta A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ed. São Paulo. 1994.
- 11- Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, Portal do INCA. 2013. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474. Acesso em 23/05/2015.
- 12- Brasil, Ministério da saúde. **Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**: Rio de Janeiro; 2010.
- 13- Maranhão JLS. **O que é morte**. 2 ed. São Paulo:

Brasiliense, 1986.

14- Brêtas JR. **Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer.** Ver Esc Enferm USP 2006; 40(4):477-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000400005&script=sci_arttext. Acesso em: 20/03/2015.

15- Kübler-Ross E. **Sobre a Morte e o Morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 2013.

16- Solto MCE. **O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática.** Psicologia Brasil, São Paulo. 2005. Disponível em: http://www.bib.unesc.net/arquivos/70000/74300/11_74392.htm. Acesso em: 26/05/15.

17- Alamy S. **Ensaio de Psicologia Hospitalar: a ausculta da alma.** Belo Horizonte; 2013.

18- Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. In: Brandt, JA. **Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho.** Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Jan.-Jun. 2009, Vol. 10, No. 1, p. 48-55.

6. ATITUDES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM FRENTE AO ALCOOLISTA

Marjorie Ester Dias Maciel¹

Franciele Nunes de Oliveira²

Luciana Aparecida Carvalho³

Dioelen Virginia Borges Souza de Aquino Coelho⁴

¹Doutoranda pelo Programa de Enfermagem/EE-USP. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições Álcool & outras drogas /USP. Docente do Curso de Enfermagem da FAFS- Fátima do Sul – MS. E-mail: marjorieester@yahoo.com.br.

²Diretora de Enfermagem do Hospital da SIAS. Aluna especial Programa de Mestrado em Educação da Universidade Católica Dom Bosco. Docente do Curso de Enfermagem da FAFS- Fátima do Sul – MS Email: franciele_enf@hotmail.com.

³Enfermeira assistencialista do Hospital do Câncer. Supervisora de Estágio do curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Dourados. Aluna especial Programa de Mestrado em Educação da Universidade Católica Dom Bosco; Email: luci_enfermagem@hotmail.com.

⁴Enfermeira assistencialista. Mestranda Mestranda em Biologia Geral/Bioprospecção -UFGD

RESUMO

Introdução: Dada a relevância sanitária dos transtornos relacionados ao uso de álcool o futuro enfermeiro deve compreender essa problemática. **Objetivo :** Avaliar as atitudes dos estudantes frente ao usuário de álcool. **Metodologia :** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório. O instrumento aplicado foi o *Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire – SAAPPQ* um instrumento que mensura as atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool e problemas correlatos. O instrumento foi aplicado a 235 (92,5%) estudantes de enfermagem de uma faculdade privada da cidade de Fátima do Sul-MS. **Resultados :** Os alunos apresentaram atitudes predominantemente negativas em relação ao alcoolista e na satisfação e motivação em trabalhar com ele. No entanto, os graduandos apresentaram disposição no que diz respeito a querer investigar o consumo de bebida alcoólica dos pacientes entendendo que faz parte do papel do enfermeiro. Na sub-escala segurança profissional os estudantes apresentaram atitude neutra e na sub-escala compromisso terapêutico atitude

negativa afirmando estarem inseguros quanto a saber lidar com esse tipo de paciente. Concluiu-se através dessa investigação que os estudantes ainda têm relutância em atender alcoolistas fato que pode estar relacionado à deficiência de ensino sobre essa temática.

GT:7

7. O PERFIL E O CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE DOS ALUNOS DA UNIVERSIDADE ABERTA A MELHOR IDADE DA UEMS (UNAMI-UEMS)

Karine Macedo de Oliveira¹

Marcia Regina Martins Alvarenga²

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; Email: macedo.karine@hotmail.com

² Professor do Curso de Enfermagem da Unidade Universitária de Dourados; Email: marciaregina@uems.br

Introdução: O processo de envelhecimento é um fenômeno natural, ordenado pelo ritmo e ciclo biológico, iniciando ao nascimento do indivíduo. A promoção de saúde visa melhorar as condições vida e saúde, aumentando a expectativa de vida. A Universidade Aberta a Melhor Idade é um projeto de extensão com intuito de promover a saúde e bem-estar psicológico e social aos indivíduos idosos. **Objetivo:** conhecer o perfil social e descrever a percepção dos alunos da UNAMI-UEMS acerca do processo de envelhecimento, considerando o bem-estar e saúde. **Método:** foi realizada a análise das fichas de inscrições. A percepção acerca do processo de envelhecimento aconteceu através de uma dinâmica, desenho de um dia marcante na vida de cada um. A partir dos resultados dos desenhos, os alunos foram questionados sobre o conceito de bem-estar. **Resultados:** foram analisadas 32 fichas de inscrições e 71,8% são do sexo feminino e 28,2% masculino. Estado civil, 12,6% são solteiros, 53,1% casados, 9,3% divorciados e 25,0% viúvos. Escolaridade: 6,2% têm o ensino fundamental completo, 25,0% têm o ensino fundamental incompleto, 21,9% com ensino médio completo, 37,5% têm ensino superior e 9,4% não responderam. O arranjo familiar, 68,8% moram acompanhados, 18,7% sozinhos e 12,5% não responderam. Ocupação atual, 68,7% são aposentados, 28,1% trabalham e 3,2% não responderam. Com relação à participação de grupos da terceira idade, 31,3% disseram sim e 68,7% não. A principal percepção de envelhecimento

demonstrado pelos idosos é a experiência do casamento, família e nascimentos dos filhos e de momentos vivenciados na infância. O conceito de bem-estar para os idosos estão ligadas as necessidades humanas básicas, ou seja, saúde, alimentação, repouso, atividade física e lazer. **Conclusão:** o bem-estar está relacionado a funcionalidade do indivíduo no decorrer do processo de envelhecimento, de modo a considerar a experiências de vida que marcam de forma diferente cada indivíduo.

Agradecimentos: À UEMS pela bolsa de extensão.

GT: Outras temáticas de Ensino em Saúde

8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

POSSIBILIDADES E LIMITES NAS COMUNIDADES RELIGIOSAS DE CULTURA AFRO-BRASILEIRA

Sandra Ceschin Fioravanti¹

Thais Josgrilberg Pereira²

¹Estudante do Curso de Pós Graduação em Educação Permanente em Saúde - EPS em Movimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; Aluna Especial do Programa de Pós Graduação em Antropologia - PPGANT da Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD; Email: fioravanti_sandra@hotmail.com

² Professora Titular do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Dourados- UNIGRAN - MS, Brasil. Email: thata_josgrilberg@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Neste momento em que o modelo biomédico se mostra incapaz de atender de forma integral e a complexidade do ser humano, as comunidades religiosas de cultura afro-brasileira possibilitam uma abordagem que permite através do seu sistema de crença múltiplas escolhas para uma atenção em saúde. Possuem um conjunto de conhecimento e um modelo de atenção com enfoque integrativo, estruturados em valores tradicionais, os quais contribuem de forma relevante para a compreensão da cultura relacionado ao processo de saúde/doença. **Objetivo(s):** o presente estudo busca gerar uma reflexão junto aos profissionais de enfermagem sobre a cultura popular religiosa afro-brasileira, como apoio terapêutico para os problemas relacionados ao processo adoecimento e demonstrar a necessidade de aperfeiçoamento do conceito de cultura para o desenvolvimento da educação em saúde. **Métodologia:** realizou-se um levantamento bibliográfico de conclusão parcial, com metodologia de pesquisa exploratória. **Resultados:** os resultados aproximam-se das necessidades de aprofundamento nas discussões de elementos que permitem a transferência de conhecimentos da cultura popular afro-brasileira, no sentido de complementariedade à política de promoção de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde/SUS. Considerou-se a

importância dos limites e possibilidades de práticas educativas à partir do cuidado cultural realizado pela enfermagem, no sentido de permitir possíveis interpretações para o processo saúde/doença e a construção de novas práticas de saúde. **Conclusão:** Tal compreensão se torna fundamental para a formação e a atuação da enfermagem no trabalho em saúde coletiva, para uma abordagem integral e humanizada. É possível afirmar que diante da diversidade cultural brasileira se torna relevante que o profissional de enfermagem, reconheça a cultura afro-brasileira como integrante da atenção em saúde. Revela um ambiente de produção de conhecimento, ao qual a visão de mundo destas comunidades extrapola os valores do modelo biomédico, transformando a atenção em saúde em uma ato de cidadania e de inclusão social.

GT. 7 Outras Temáticas de Ensino em Saúde

INTRODUÇÃO

Padronizar um conceito de saúde ou de doença não é uma tarefa simples de se propor. Os conceitos referentes a este processo se formam a partir de um ponto de vista diferente em cada realidade, envolvendo questões individuais, coletivas em diversos contextos sociais. Consideramos desta forma o conceito de saúde como resultado de um amplo conjunto de fatores reunidos e compartilhados¹. Assim podemos constituir o conceito de “saúde” como, a visão de mundo trilhada no caminho das experiências individuais com significados herdados culturalmente, sem uma síntese completamente finalizada². Portanto definir saúde apenas como ausência de doença, restringe-se ao conceito reducionista do modelo biomédico, apagando toda a experiência de vida do sujeito³.

A enfermagem acompanha a elaboração do modelo clínico científico, determinado pela racionalidade médica hegemônica^{4,5}. O cuidado como objetivo inerente aos princípios da enfermagem direciona sua construção histórica para um trabalho voltado às necessidades humanas. Infelizmente esta visão humanitária não foi compreendida em sua total complexidade, devido ao ponto de vista

unidirecional, parcial e reducionista⁶. Destaca-se o distanciamento da relação cuidador-paciente, permeada por conflitos e barreiras culturais^{3,7}.

O conceito de cultura tem sido trilhado na produção da educação em saúde, porém explorado de forma superficial. O homem vê o mundo através da sua cultura, ao qual condiciona os diferentes comportamentos⁸. A cultura percebida como um “sistema simbólico” que por meio das negociações atuam na interpretação do processo saúde/doença^{2,9}. A reprodução de valores normatizadores e a uniformidade terapêutica, anulam a possibilidade do sujeito manifestar a sua singularidade e os seus valores partícipe de sua raiz cultural⁹.

Atendo-se ao setor popular brasileiro entramos em contato o sistema de cura mágico-religioso de matriz africana, sendo encarregado de tratamentos de origem espirituais o qual é transmitido através das gerações há séculos^{2,7}.

O campo religioso das comunidades de cultura afro-brasileira destaca-se por sua relação com as práticas de cuidado, dispondo de uma interpretação do mundo pelo caminho da saúde e da doença. Norteados pelo imaginário proporciona um diálogo entre o mundo dos homens e dos deuses nos cultos de possessão*. O corpo é o veículo desta comunicação necessitando de cuidados especiais para tal atuação^{10;11;12}.

*Forma de contato com o sobrenatural através da incorporação de entidades espirituais que momentaneamente passam a agir sob influência daquela entidade; em alguns contextos o mesmo que transe.

Efetivam um diálogo entre curador e doente, não retirando a autonomia do adoecido sobre sua saúde, por meio de ações de coresponsabilidade, apoiando o indivíduo como protagonista do seu próprio itinerário terapêutico^{13;14}.

A saúde está associada ao conceito de axé, a energia vital, que pode aumentar ou diminuir, causando desequilíbrios. Possuem uma abordagem vitalista de se manter o equilíbrio entre os dois

universos, para que o bom funcionamento atinja a sua totalidade. Consideram as perturbações como uma ruptura entre o mundo físico e espiritual, gerando um desequilíbrio, sendo manifestado através de distúrbios físicos e mentais¹⁴. Utilizam uma variedade de rituais para realizar o diagnóstico e a escolha dos procedimentos para o restabelecimento da saúde^{13;14}.

Classificam as doenças em categorias como de vidas passadas, de origem cármica, por energias negativas causadas por sentimentos humanos, manipulações energéticas mal intencionadas, chamados de feitiço. Tratam sintomas como dor de cabeça, desmaios, estados de depressão, melancolia, convulsões e tendência ao suicídio^{10;11;13;14;15}.

Os procedimentos terapêuticos abrangem uma variedade de recursos naturais, oferecidos de acordo com as causas do sofrimento, como o uso de chás caseiros, banhos de limpeza com as propriedades terapêuticas das ervas, água fluidificada, benzimentos, passes vibracionais por imposição das mãos, defumação, oferendas, preces, resguardos, dietas, entre tantos outros^{13;14}.

Valorizar o saber popular na produção de educação em saúde se configura em comprometimento com a realidade de cada sujeito, através do diálogo entre os saberes e uma construção compartilhada de conhecimento, aproximando do que se considera o sentido de integralidade proposto pelo SUS^{7;16}.

É relevante dar visibilidade a atuação da cultura afrobrasileira e seu envolvimento com o processo de saúde e doença, avaliando as contribuições para o desenvolvimento do cuidado cultural na enfermagem, considerando as comunidades como espaços de promoção de saúde e de produção do conhecimento.

OBJETIVOS

O presente estudo busca gerar uma reflexão junto aos profissionais de enfermagem sobre a cultura popular religiosa afro-brasileira, como apoio terapêutico para os problemas relacionados ao processo adoecimento e demonstrar a necessidade de

aperfeiçoamento do conceito de cultura para o desenvolvimento da educação em saúde.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento bibliográfico com metodologia de pesquisa exploratória, por meio das fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, com as palavras: Enfermagem, Cultura, Afrobrasileira, saúde. Diante da diversidade cultural realizou-se um recorte transdisciplinar procurando dialogar com questões que contribuam com compreensão das práticas religiosas afro-brasileiras relacionadas com a saúde, apoiando-se em políticas públicas de promoção, atenção integral, práticas educativas e humanização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As comunidades de matriz afro-brasileira orientadas por um sistema mágico-religioso, interpretam o mundo através da saúde e da doença⁷. Reorientam suas práticas cotidianas a partir da sua realidade cultural. Trabalham pela observação do ser humano na sua totalidade, conduzindo a uma maior compreensão da subjetividade dos sujeitos, visando à recuperação de forma mais integradora, numa tentativa de alcançar todas as dimensões que constituem uma pessoa, ou seja, no seu campo bio-psico-sócio-cultural¹¹. Recolocam o sujeito como centro da atenção, aproximando a sua atuação mais próximo do conceito de integralidade firmado pelo SUS,¹⁷ conferindo a esses cuidados o valor de práticas promotoras de saúde^{12;14}.

Uma ampla variedade de cuidados são ofertados e desenvolvidos com a comunidade^{10;11}. Ofertam-se diálogos entre curador e doente, baseados no acolhimento, escuta e aconselhamento, abordam diversos conflitos que permeiam a vida dos que procuram esta terapêutica. Propiciam uma atitude de coresponsabilidade, estabelecendo deste modo uma relação baseada no vínculo entre a pessoa adoecida e o curador^{7;14}.

Revelam o fortalecimento das relações como elemento importante no caminho da cura. Se mostra como um guia de adesão e evolução do tratamento, expressando satisfação na escolha do caminho terapêutico. Os rituais oferecidos como a preparação dos banhos de limpeza, os benzimentos, os passes vibracionais por imposição das mãos, estabelecem uma relação mútua marcada pelo contato, implicando o uso do toque nos cuidados oferecidos, evidenciando como os resultados de satisfação derivam da consideração da subjetividade e experiências vividas^{3;4;7}.

Possuem uma abordagem holística com o paradigma representado pela saúde. Trabalha em prol do alívio dos sintomas através da restauração do bem-estar e reequilíbrio global,⁶ através de métodos simples e naturais, como a *fitoterapia*¹⁸ e se estende de forma compartilhada chegando a uma proposta de cuidado com igual ou maior eficácia em termos gerais, propondo ao doente maior intervenção no seu processo de cura, estimulando a autonomia em saúde^{3;7;11}. Trabalham suas práticas de forma concomitante ao modelo biomédico, ao mesmo tempo é o oposto ao modelo oficial, possuem a característica de não serem excludentes da proposta biomédica considerando-se então como uma prática de saúde complementar⁷.

O diálogo com a saúde pública por meio de uma formação culturalmente competente, propicia um olhar atento para os diferentes universos socioculturais, apontando um caminho riquíssimo a ser explorado para a construção de práticas de atenção à saúde¹⁹. Através da troca de saberes, as tradições religiosas afro-brasileira auxiliam de forma efetiva na diminuição das desigualdades em saúde quando favorecem a ampliação de espaços saudáveis de promoção e prevenção e ampliam o acesso às classes sociais em situação de maior vulnerabilidade, tornando as ações afirmativas de combate ao preconceito cultural mais efetivas^{13;15}.

Propõem uma abordagem de caráter múltiplo mobilizando maior participação coletiva e o controle social atuante dentro dos limites da abordagem dos conceitos de saúde coletiva por outros cenários, além de contribuir para resignificar a aprendizagem como um aspecto ligado à vida cotidiana e não apenas a um processo

cognitivo e individual dentro dos modelos de educação formal, racionalmente estruturada e sistematizada^{1;19}.

Analisando as contribuições realizadas por estas comunidades à partir da sua cultura e a construção coletiva promotora de saúde, poderemos pensar este espaço de forte produção do conhecimento^{11;15}. Observando o seu caráter terapêutico, vale ressaltar o repensar acerca do saber/fazer saúde da enfermagem. Aponta-se as possibilidades de expansão do seu campo de atuação, bem como os limites e desafios a serem vencidos pelos profissionais em formação através do fortalecimento do cuidado cultural. Estes espaços disponibilizam dispositivos ainda não alcançados em todo o seu potencial a cerca da saúde coletiva, tão bem como favorecem a iniciativa para abordagens na formação dos profissionais de saúde, buscando ultrapassar a perspectiva convencional de educação¹⁹.

CONCLUSÃO

A ausência de investimento ao conceito de cultura na enfermagem, evidencia a necessidade de mudança nos parâmetros educacionais estabelecidos nas instituições de ensino superior.

Através de uma competente tradução cultural envolvendo profissionais dispostos a uma mudança na lógica de atenção em saúde é um desafio que já deveria ter sido ultrapassado, rompendo com a dicotomia entre o conhecimento biomédico e os saberes tradicionais, voltando o olhar para a realização de atividades em parceria reconhecidas como práticas complementares de saúde.

Enfermeiros habilitados para uma abordagem simbólica de forma sensível e humanizada ao se utilizarem da cultura como instrumento de comunicação, auxiliariam os centro de atenção em saúde podendo de forma efetiva trabalhar em prol da educação e a promoção do bem estar para todos, sem preconceitos ou quaisquer outras formas de discriminação.

A necessidade do cuidado cultural reorienta o modelo de educação em saúde, amplia as ofertas de ação e propicia novas

construções em práticas educativas diante da diversidade cultural brasileira. Pensando na formação voltada para a doença e superficialmente para a cultura, as mudanças deveriam ser realizadas não apenas na formação atual, mas de forma especial e permanente na re-formulação dos conceitos dos formadores em educação e saúde, aos quais são estes que preparam e desenvolvem os conceitos de cuidado dos novos profissionais de enfermagem.

Ao longo deste processo o esforço de incolorar elementos possíveis para a construção de um novo paradigma resulta em debates sobre a necessidade de se criar ambientes de inclusão no campo do cuidado, baseados no conceito de pluralismo terapêutico com um potencial integrador e não excludente.

Desta forma é possível afirmar que tal compreensão se torna fundamental para a formação e a atuação da enfermagem diante da diversidade cultural brasileira. Se faz relevante que o profissional de enfermagem, reconheça a cultura afro-brasileira como integrante da atenção em saúde, ao qual se revela um espaço dedicado ao cuidado e fértil na produção de conhecimento, extrapolando os valores do modelo biomédico, transformando a atenção em saúde em uma ato de cidadania e de inclusão social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Souza MCMR, Horta NC. Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática. Riode Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- 2 GualdaDMR. As dimensões e os significados de saúde nas perspectivas médica e popular. “In”: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ. Antropologia para enfermagem. Barueri-SP:Manole;2009. p.37-47.
- 3 Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc. saúde coletiva; 2004 [acesso em 2014 jun 26]; 9(1); 139-146. Disponível em: <http://search.scielo.org/?q=caprara&where=ORG>
- 4 Lucena AF. Paskulin LMG, Souza MFG, Maria GR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos

assistenciais. Rev Esc Enferm USP. 2006 Jun. [acesso em: 2014 fev 20] ;40(2):292-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200020&script=sci_arttext.

5 Santos QG, Azevedo DM, Costa RKS, Medeiros FP. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. Esc. Anna Nery, 2011 dez [acesso em: 2014 mai 07], v. 15, n. 4.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400024&script=sci_arttext.

6 Salles LF, Silva MJP. Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

7 Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Jun 2005. Disponível em: <

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>>.

Acessado aos: 07 ago. 2013.

8 Laraia RB. **Cultura**: um conceito antropológico. 18.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

9 Boehs AE, Monticelli M, Wosn AM, Heidman IBS, Grisotti M. A interface Necessária entre enfermaem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun [acesso em: 2014 mai 10]; 16(2): 307-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>

10 Magnani JGC. Doença mental e cura na Umbanda. Rev. Prog. Pós-Grad. Ciênc.Sociais, 2002-jan/jul [acessado em: 2014 mai 06], n. 40/41 Disponível em:

<http://nau.fflch.usp.br/sites/nau.fflch.usp.br/files/upload/paginas/Doenca%20Mental%20e%20Cura%20na%20Umbanda.pdf>

11 Alves MC, Seminotti N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. Rev. Saúde Pública, 2009 Aug. [acesso em: 2014 mai 10], v. 43, supl. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102009000800013&script=sci_abstract&tlng=pt)

[9102009000800013&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102009000800013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado aos:

10 mai 2014.

12 Vasconcelos EM. **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2011.

13 Lages SRC. Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a saúde pública. *Psicol. Argum., Curitiba*, [acesso em: 2012 abr/jun.], v. 30, n. 69, p. 401-410. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MJmSg6RBzXwJ:www2.pucpr.br/reol/index.php/PA%3Fdd1%3D5986%26dd99%3Dpdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

14 Mello M L, Oliveira SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saude soc.**, São Paulo, 2013 Dec. [acesso em: 2014 mai 10], v. 22, n. 4. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000400006&script=sci_arttext

15 Silva JM. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *Saude soc.*, São Paulo, 2007 Aug. [acesso em: 2014 Jun 10], v. 16, n. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200017

16 Junges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes Populares e cientificismo na estratégia saúde da família: Complementares ou excludentes? *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2011 [acesso em: 2014jun 26],16(11):4327-4335.

17 Ministério da Saúde. (Brasil),Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

18 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.* Brasília; 2006.

19 BERGO, R.S. Quando o Santo Chama: O terreiro de umbanda como contexto de aprendizagem na prática. 2011. 244f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Educação. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

9. ENSINO EM SAÚDE: ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO CONTEXTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE

Kátia Gianlupi¹

Márcia Regina Martins Alvarenga²

Karine Sakae Yamanari de Melo³

Ingrith Raphaele Rodrigues Calças⁴

Lourdes Missio⁵

¹Nutricionista, mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: katiagianlupi@hotmail.com.

Relator (a)

²Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: marciaregina@uems.br

³Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Dourados.

Email:karinesy@hotmail.com ⁴Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: ingrith_raphaelle@hotmail.com.

⁵Docente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: lourdesmissio@uems.br

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Promoção à Saúde foi instituída em 2006, tendo como um de seus eixos estratégicos a promoção de práticas alimentares saudáveis. Neste contexto é de suma importância a inserção do nutricionista na Atenção Básica, devido ao seu conhecimento no campo da Alimentação e Nutrição. Dentro dessa perspectiva, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por equipes multidisciplinares, promovem o apoio matricial com vistas à ampliação e resolutividade das ações de promoção da saúde da população adstrita do seu território. **Objetivo:** Descrever as ações de Educação em Saúde desenvolvidas pelo nutricionista no NASF de Dourados-MS, considerando o contexto da promoção à saúde. **Metodologia:** Pesquisa exploratória, tendo como foco a temática da educação em saúde. A seleção dos artigos foi realizada na base de dados *Bireme*, *SciELO* e na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os seguintes descritores:

educação em saúde, nutricionista, atenção primária à saúde, promoção à saúde. Após foram descritas as ações realizadas no município de Dourados-MS. **Resultados e discussão:** As principais ações de promoção à saúde desempenhadas pelo NASF deste município em 2014 foram: o Dia mundial Sem Tabaco; Outubro Rosa; Novembro Azul; Hiperdia; Dia D (Vacinação); Dia Mundial de Aleitamento Materno; Saúde do Trabalhador; Promoção da Alimentação Complementar Saudável; Grupos Terapêuticos; Apoio Matricial nos programas de Alimentação e Nutrição; Assistência Domiciliar; Horta como estratégia educacional; entre outros. O nutricionista representa uma categoria fundamental para a obtenção da promoção da saúde, pois, além de seu conhecimento e atuação em fatores determinantes e condicionantes da saúde humana, fortalece e empodera os indivíduos para escolhas mais saudáveis.

GT: Outras temáticas sobre Ensino em Saúde.

Introdução

O país está enfrentando uma situação de insegurança alimentar, caracterizada por um processo de transição nutricional, onde há a presença concomitante de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis¹. Este momento tem sido encarado como um dos maiores desafios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, as quais devem considerar a integralidade do indivíduo com uma abordagem centrada na promoção da saúde^{2,3,4,5}. Diante das limitações do modelo biomédico na resolutividade do processo saúde-adoecimento, reconhece-se que o mesmo resulta dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, surge então a necessidade de criar uma política capaz de modificar os condicionantes e determinantes da saúde. Sendo assim, é aprovada e instituída a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)⁶, por meio da Portaria n° 687, de 30 de março de 2006.

O conceito moderno de Promoção à Saúde tem sido amplamente discutido nos últimos 30 anos, representando uma resposta crítica à crescente medicalização que o setor saúde vinha sofrendo. O marco referencial para esse conceito foi a Carta de Otawa, que o define o como:

“Promoção à saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”⁷.

Nesse contexto, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sua implantação está prevista na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, a qual foi republicada em 4 de março de 2008, determinando que os núcleos sejam compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam em equipes multiprofissionais de saúde da família, e que a composição dos núcleos será definida pelos gestores municipais de acordo com as necessidades e a disponibilidade local de profissionais⁸.

De acordo com as Diretrizes do NASF⁹ as ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas pela Estratégia de

Saúde da Família (ESF), em parceria com o nutricionista dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), devem pautar-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização. Compete também profissional nutricionista, o desenvolvimento de ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo de vida, apresentando respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, às deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis. Para este profissional, o NASF representa um novo campo e oportuniza a demonstração de sua importância na atenção primária à saúde, esclarecendo dúvidas e preconceitos com relação aos benefícios à saúde que podem ser obtidos por meio de uma alimentação saudável¹⁰.

Objetivo

Descrever as ações de Educação em Saúde desenvolvidas pelo nutricionista no NASF de Dourados-MS, considerando o contexto da promoção à saúde.

Metodologia

Utilizou-se o método da pesquisa exploratória, tendo como foco a temática da educação em saúde. Neste tipo de pesquisa, o autor pretende familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido por ele ou raro em questões de exploração científica¹¹. A seleção dos artigos foi realizada na base de dados *Bireme*, *SciELO* e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: educação em saúde, nutricionista, atenção primária à saúde e promoção à saúde. Os critérios de inclusão para a triagem desses estudos foi que estes tivessem sido publicados a partir do ano de 2002 no Brasil, em língua portuguesa, completos e disponíveis *online*. Os textos que apareceram em duplicatas tiveram uma de suas versões excluída. Todos os documentos foram submetidos à leitura

para síntese e composição desta pesquisa. Além desses foram incluídos na pesquisa alguns materiais bibliográficos e documentos do Ministério da Saúde, entre os quais: a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, Portarias que instituem o NASF e suas diretrizes, entre outros. Posteriormente, realizou-se a descrição das ações em ensino em saúde desenvolvidas pelo profissional nutricionista do NASF de Dourados-MS, de acordo com os relatórios de produtividade mensais, referentes ao ano de 2014, discutindo-se esses achados com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, no contexto da Promoção da Saúde.

Resultados e Discussão

Segundo estatísticas do IBGE¹², Dourados possuía no último Censo uma população de 196.035 habitantes, sendo 96.274 do sexo masculino e 99.761 do sexo feminino. O número de residências em área urbana correspondia a 12.289 e 1.689 em área rural. As equipes de Saúde da Família em 2014, de acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), totalizavam 42 unidades dando cobertura a 69,83% da população douradense¹³.

Atualmente o município de Dourados conta com 3 NASF, compostos pelas seguintes categorias profissionais: Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional e Farmacêutico. O processo de trabalho desenvolvido nestas equipes ocorre através das pactuações realizadas nas reuniões integradas entre as ESF e NASF, onde são definidas as demandas prioritárias. Dentre as ações de Promoção à Saúde desempenhadas pelas equipes de NASF deste município em 2014, citam-se: Dia mundial Sem Tabaco; Outubro Rosa (Saúde da Mulher); Novembro Azul (Saúde do Homem); Hiperdia (Programa de Hipertensão e Diabetes); Dia D (Vacinação); Dia Mundial de Aleitamento Materno; Saúde do Trabalhador; Promoção da Alimentação Complementar Saudável (Apoio matricial através das oficinas de EAAB); Grupos Terapêuticos (Grupo de tratamento ao tabagismo, grupo de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas); Apoio

Matricial nos programas de Alimentação e Nutrição (capacitação com Agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e dentistas); Assistência Domiciliar (Projeto Terapêutico Nutrir); Horta como estratégia educacional; entre outros.

As ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelo nutricionista na Atenção Básica são: Vigilância Alimentar e Nutricional, utilizando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Promoção da Saúde e da Alimentação Saudável; Estratégia Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, que recentemente recebeu a denominação de Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB)¹⁴; o Programa Saúde na Escola; e controle e prevenção da Obesidade, doenças crônicas e deficiências de micronutrientes, com foco na anemia ferropriva e na hipovitaminose A².

O intuito do NASF é de apoiar o trabalho dos demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como também potencializar o escopo das ações em nível de resolutividade, territorialização e regionalização. Destaca-se que, o NASF não constitui porta de entrada do Sistema, e deve atuar de forma integrada às ESF, baseando-se na demanda do território sob sua responsabilidade⁸.

A atuação do nutricionista e dos demais profissionais no NASF baseia-se no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que consiste numa forma de organização do trabalho que integra os profissionais da Saúde da Família (perfil generalista), responsáveis pelos agravos/problemas de saúde de um dado território (denominado equipe de referência para certa população), conjuntamente a um núcleo de saberes técnicos diversificados daqueles presentes na Atenção Básica. Este apoio matricial pode se desenvolver em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógico. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta aos usuários e a segunda, produz ação de apoio educativo com ou para as equipes de referência. Além disso, esse apoio pode ocorrer para as coletividades, por meio de ações sobre populações de risco ou vulneráveis ou mesmo sobre o processo de trabalho coletivo¹⁵.

A Portaria 2488/11, que revisa as diretrizes e normas para a atenção básica, reforça a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade no cuidado em saúde e responsabiliza também o NASF para a coordenação desse cuidado integral, articulação das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação¹⁶.

A interdisciplinaridade é definida pela intensidade de troca entre os profissionais, em que os diversos olhares e saberes são considerados e apresentam o mesmo nível de importância, se convergem e resultam num único projeto de cuidado¹⁷. É preciso desfazer o pensamento simplista e fragmentado sobre os processos de saúde e de adoecimento, partindo para o olhar ampliado, integral¹⁸. Para atingir maior resolutividade na atenção aos problemas de saúde, ESF e NASF, devem promover a integração dos diversos setores da sociedade, entre os quais: saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, entre outros, articulando e formando parcerias na elaboração das ações estratégicas¹⁹.

Na rotina das ESF, observa-se um processo de trabalho muitas vezes focado na obtenção de metas numéricas e procedimentos pré-determinados, sem a devida reflexão a respeito da qualidade da assistência prestada. O NASF busca romper esta lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a resolutividade das equipes e problematizando com os profissionais e com a própria comunidade sobre os determinantes do processo saúde-doença, fornecendo possibilidades para o seu enfrentamento. As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas²⁰.

De acordo com a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica²¹, o nutricionista é responsável, no âmbito

individual, familiar e coletivo, por diagnosticar a situação nutricional da comunidade atendida, prevenir doenças e agravos nutricionais, promover hábitos saudáveis de alimentação, tratamento adequado e interdisciplinar e assistência em conjunto com aparelhos sociais. Os desafios do profissional nutricionista no campo da promoção à saúde são inúmeros, no entanto, esses desafios possibilitam compatibilizar diferentes olhares e perspectivas técnico-metodológicas na direção do diálogo interdisciplinar. O nutricionista pode avançar na construção de uma proposta de atuação capaz de contribuir com a redução das iniquidades em saúde e a garantia da qualidade de vida. Para isso, é preciso romper com a fragmentação tecnicista tradicional e promover a integralidade, a intersetorialidade, a equidade e a participação social²².

Partindo da lógica da promoção da saúde, a melhor estratégia para atingi-la e obter maior resolutividade nas ações de alimentação e nutrição é por meio da educação alimentar e nutricional, que é considerada um elemento-chave nesse processo. Seria ensinar o conhecimento da nutrição direcionando para o desenvolvimento e a manutenção de comportamentos de hábitos alimentares que promovam saúde pessoal, bem-estar e produtividade²¹.

Conclusão

Por fim, compreende-se que o profissional nutricionista representa uma categoria fundamental para a obtenção da promoção da saúde, uma vez que possui o conhecimento do campo da Nutrição e, a alimentação e a nutrição são consideradas determinantes e condicionantes da saúde humana. Sendo assim, sua inserção na equipe multidisciplinar do NASF contribui para a atenção integral do sujeito, complementando os saberes e empoderando os indivíduos sobre sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

1. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde na Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutr* 2002 Dez; 15 (3): 255-266.
2. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr* 2011 Dez; 24 (6): 809-824.
3. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. *In: MONTEIRO, C. A. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. p.247-255.*
4. Filho MB, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. de Saú Púb* 2003 Jan; 19 (1):181-191.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.
7. OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE). Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional de promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 164 p.
10. Barros CML, Júnior GF. Avaliação da atuação do nutricionista

- nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Rev. Saúde e Desenv.* 2012 Jun; 1(1): 140-154.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Estatísticas – Síntese das Informações. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acessado em 28 de abril de 2015.
13. SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Informações socioeconômicas, Demográficas e Políticas. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acessado em 2 de maio de 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32p.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
17. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. *Arq. Catarinenses Médica* 2004 Jun; 33(3): 31-40.
18. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Rev. Mundo da Saúde* 2014

Ago; 38 (2):129-138.

19. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PFA, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saú Col* 2009 Jun; 14(3):783-794.

20. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Mundo da Saúde* 2010 Mar 34 (1): 92-96.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 78 p.

22. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saú Públ* 2007 Jul; 23(7): 1674-1681.

10. ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Marcela Santos¹

Jussara Molina Xavier²

Idalina Cristina Ferrari³

¹ Discente do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados;
E-mail: marcela_santos85@hotmail.com Relator.

² Discente do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados;
E-mail: jussara_molxav@hotmail.com

³ Docente do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde
Email: idalina_ferrari@hotmail.com

RESUMO

Introdução: No decorrer do estágio curricular supervisionado obrigatório do curso de Enfermagem- UEMS, a escolha de atuação ocorreu na unidade hospitalar, por ser um local de cuidados intensivos realizados pela equipe multidisciplinar que visa garantir uma assistência holística e de qualidade aos pacientes e familiares, com características de um campo rico para o aprendizado. Compreende a abordagem clínica geral com diversas patologias. O setor muitas vezes gera sentimentos de medo, por não compreendermos a complexidade da assistência ofertada e da demanda de atendimento, que durante a graduação é um setor que o acadêmico conhecerá somente no estágio supervisionado. **Objetivo:** Refletir a partir da vivência do estágio curricular supervisionado obrigatório à importância da experiência vivenciada para aprimorar o aprendizado. **Metodologia:** Relato de experiência em uma UTI Adulto, no mês de março a junho de 2015, com um total de 306 horas, em um Hospital geral da cidade de Dourados-MS. Utilizou-se para elaboração apenas a vivência diária acadêmica e registros de relatórios diários. **Resultados:** Podemos visualizar a dinâmica da equipe na assistência para os pacientes nos cuidados intensivos integrais, aonde fazem a diferença tendo uma visão

holística para o paciente e na abordagem da família. Foi possível concluir a superação diante das expectativas relacionadas à aprendizagem, à relação interpessoal com a equipe, à assistência ao paciente, e sobre a administração de atividades. É enriquecedor o campo de estágio, mesmo apresentando no princípio uma carga horária extensa ao decorrer dos dias torna-se pouca para vivenciar o cotidiano de cuidados intensivos e outros aspectos da unidade. Sendo um processo moldável de formação profissional que contribui no aprendizado e acrescenta conhecimentos para a sociedade e para a instituição de ensino, pois durante esse período o acadêmico esta inserido nas atividades tanto administrativas quanto assistenciais, despertando uma visão construtiva e crítica, com isso esta sendo preparado para atuar profissionalmente. A vivência do estágio curricular supervisionado facilitou o processo e a prática para as aulas de pronto atendimento, aonde experiências já vivenciadas puderam ser compartilhadas. Diante disso, podemos concluir que no desenvolvimento tanto prático quanto teórico, obteve-se um melhor desempenho. Sobre relatar a vivência do ECSO podemos dizer que é uma experiência construtiva, e os acadêmicos têm a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos e contribuir para o processo de ensino.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino em Saúde; Equipe multidisciplinar; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Assistência.

GT: Outras temáticas sobre Ensino em Saúde.

11. SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM NOS PRIMEIROS CONTATOS COM A PRÁTICA: REVISÃO DA LITERATURA

Natali Portela¹

Cibele de Moura Sales²

¹Psicóloga. Aluna do Programa de Mestrando Profissional em Ensino em Saúde da UEMS; Email: <nataliportela@yahoo.com.br>. Relator.

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Mestrando Profissional em Ensino em Saúde da UEMS; Email: <cibele.sales1@gmail.com>.

RESUMO

Introdução: O início das atividades práticas em enfermagem é potencialmente gerador de conflitos que podem repercutir negativamente na aprendizagem. Sentimentos de tensão, ansiedade e insegurança em relação a própria capacidade de desenvolver procedimentos, lidar com pacientes, familiares, docentes e equipes de trabalho são comuns entre estes estudantes. O contato com a doença, o sofrimento humano e a morte costumam despertar angústias e questionamentos em relação a escolha profissional. Trata-se de um momento delicado da graduação que requer atenção e cuidado por parte das Instituições formadoras para que se atinja o perfil profissional preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, ou seja, um enfermeiro não apenas técnico, mas humanista, crítico, reflexivo e ético. **Objetivo:** O presente trabalho visou realizar um levantamento de estudos científicos, nacionais e internacionais, que tiveram como foco a saúde mental do estudante de enfermagem durante os primeiros contatos com a prática profissional, e que fossem relevantes ao planejamento e desenvolvimento de uma pesquisa-intervenção com alunos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. **Metodologia:** Foram utilizados os descritores Estudantes de Enfermagem; Saúde Mental; Promoção da Saúde; e Educação em Enfermagem nos sistemas de busca da Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME e do Portal de periódicos da CAPES. Também empregamos

combinações entre palavras-chave como estresse, ansiedade, qualidade de vida, universitários, pesquisa-intervenção, aulas práticas, estágio, enfermagem, serviços de psicologia, apoio estudantil e outras. Selecionamos artigos nas línguas portuguesa e inglesa, com textos completos disponíveis nas bases SciELO, LILACS, PubMed, Pepsic e Redalyc, que foram publicados em periódicos com classificação Qualis acima de B3, entre 1997 e 2014. **Resultados:** A saúde mental do estudante de enfermagem tem sido tema de considerável número de pesquisas com delineamentos distintos. Os recortes comumente utilizados abarcam investigações relacionadas à qualidade de vida e a fatores ansiogênicos e desencadeadores de estresse durante a graduação. As aulas práticas e estágios curriculares despertam interesse investigativo pois, segundo a maioria dos estudos analisados, além de serem apontados como importante instrumento à aprendizagem, a aplicação da teoria em exercícios práticos pela primeira vez costuma desencadear emoções diversas que podem influenciar diretamente na constituição desse profissional.

GT: 7 - Outras temáticas sobre Ensino em Saúde

ÍNDICE REMISSIVO

ABÍLIO, E. S. – 265, 355, 381
ABREU, G. R. – 249
AGUILIERI, T. S. – 259
ALONSO, C. P. – 217, 221
ALVARENGA, M. R. M. – 25, 109, 177, 295, 341, 343, 393, 405
ANDRÉ, T. G. – 159, 225
ANZOATEGUI, S. D. – 153, 209
AQUINO, J. C. G. – 105, 107, 141, 155, 303
AZEVEDO, S. R. S. – 13, 143, 177
BARBOSA, A. S. – 93
BARBOSA, L. A. C. – 105, 107, 141, 155, 303
BERGAMASCHI, F. P. R. – 81
BRITO, F. C. K. J. – 261, 263
BRUNO, B. B. G. – 159, 331
BRUNO, E. R. – 11, 315
CALÇAS, I. R. R. – 25, 275, 405
CASTRO, M. O. C. – 157, 339
CERCHIARI, E. A. N. – 35, 81, 121, 197, 255
COELHO, D. V. B. S. A. – 105, 107, 141, 155, 303, 367, 391
CORDEIRO, M. J. J. A. – 47, 165, 177, 189, 209, 265, 287
CORONA, A. R. P. – 253
CORREIA, L. L. – 15, 93
COSTA, L. A. – 253
COSTA, P. R. A. – 157
DUARTE, M. V. – 371
ELIAS, S. S. – 35
FACCENDA, O. – 109, 341, 343
FERRARI, I. C. – 259, 287, 417
FERREIRA, J. S. – 261, 263
FIETZ, L. R. – 219
FIETZ, V. R. – 165, 197
FIORAVANTI, S. C. – 395
GENTIL, D. F. – 47, 239
GIANLUPI, K. – 25, 295, 405
GONÇALVES, C. C. M. – 261, 263
GONÇALVES, F. P. – 13, 143
KAWAKITA, R. T. – 341, 343
LARA, C. V. – 109, 335
MACHADO, L. O. C. L. – 163
MACIEL, M. E. D. – 105, 107, 141, 155, 303, 367, 391
MARCELINO, R. R. – 159
MARKUS, G. – 219

MARQUES, M. P. S. – 227,239,275
MARTINS, C. P. – 305
MEDEIROS, M. M. – 163
MELO, K. S. Y. – 295, 405
MENDONÇA, A. R. – 319
MENDONÇA, M. K. – 249,253,333
MENDONÇA, P. K. – 333
MISSIO, L. – 25, 165,177,189,209,227,287,405
MONTEIRO, N. M. – 275
MONTEIRO, R. C. – 251
MORAIS, C. A. S. – 93
MORAIS, F. L. – 341,343
MORETI, J. A. F. – 11,315
MOURA, L. L. – 93
NETO, C. S. – 355,381
OLIVEIRA, F. N. – 105,107,141,155,303,367,391
OLIVEIRA, K. M. – 393
ORTIZ, C. C. L. – 381
ORTIZ, P. R. F. – 57
PASSOS, S. D. – 251
PENRABEL, R. P. M. – 251
PEREIRA, E. H. M. – 177
PEREIRA, T. J. – 395
PORTELA, N. – 419
PRADO, J. S. – 369
RECALDES, G. A – 249,253
REIS, C.B. – 59,103,165,275,371
RENOVATO, R. D. – 13,131,143,157,175,217,221,225,287,331,337,339
RIBEIRO, S. F. R – 335
RIBEIRO, V. S. – 57
RODRIGUES, P. A. S. – 305
ROSA, R.M.C - 197
SALES, A. – 131,239,319
SALES, C.M. – 69,81,419
SANTIAGO, A. R. – 131
SANTOS, J. R. – 189,371
SANTOS, J. S. – 15
SANTOS, M. – 417
SANTOS, M. F. C. – 251
SASS, G. G. – 341,343
SILVA, R. J. – 131
SILVA, S. N. – 175
SOBREIRA, F. A. G. – 355
TELES, A.A. - 103

THIRY, L. C. M. – 57
TOBIN, E.S. - 337
VENANCIO, F. A. – 57
WATANABE, E. A. M. T. – 197
WATANABE, R. T. M. – 159, 369
XAVIER, J. M. – 417
ZAFALON, E. J. – 153
ZANFOLIM, L. C. – 121, 255
ZOLIN, K. P. – 253

