

*TRABALHOS APRESENTADOS NO
34º ENCONTRO NACIONAL DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM*

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
João Pessoa - Paraíba
24 à 31 de julho de 2011

COMISSÃO ORGANIZADORA:

ALANA FRANCO DA SILVA

ANALINE DE SOUZA BANDEIRA CORREIA

ARGEMILLE BASTOS LIMA

BRUNA CORREIA

CLÁUDIA QUÉZIA AMADO MONTEIRO

FELIPE NOGUEIRA TROVÃO

FILIPE DELUNARDO LUCENA

GABRIELLY CRISTHINA TRIGUEIRO MACIEL

ISRAEL DIAS CASTRO

JÉSSYKA CIBELLY MINERVINA DA COSTA SILVA

JOSEFA DANIELMA LOPES FERREIRA

NATALIA FONTANA

RAFAELLA KAROLINA BEZERRA PEDROSA

RAYSSA ANCLEY DE OLIVEIRA FARIAS

SANDRA KELLY NASCIMENTO CARREIRO

TÁBATHA PIMENTEL GUIMARÃES

SUMÁRIO

A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM FACE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	5
A AUTONOMIA DO PACIENTE NA RECUSA DE TRATAMENTO PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO Á LUZ DO CONSENTIMENTO INFORMADO: HUMANIZANDO A ASSISTENCIA	9
A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NO BRASIL	13
A ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO POPULAR DE MULHERES: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	16
A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DA XIII SEMANA DE CALOURAS E CALOUROS DE ENFERMAGEM DA UFBA	20
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO FATOR DE CONSCIENTIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DO COLO DE ÚTERO	23
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA INCLUSÃO DO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN NA SOCIEDADE.	27
A IMPORTÂNCIA DO RESGATE DA HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA ÉTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.	31
A QUALIDADE DA SAÚDE EM FACE DA NÃO PRIVATIZAÇÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	36
CLÍNICA AMPLIADA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR-BA: ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO	40
DIRETÓRIO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM: UM AMPLO ESPAÇO DE FORMAÇÃO	42
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	45
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO VERTENTE PARA EMANCIPAÇÃO DO SUJEITO	47
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SEGUNDO A TEORIA FREIREANA: UMA FERRAMENTA DE ENFERMAGEM	50
EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: USO CONSCIENTE DA TARV POR PORTADORES DO HIV	53
ENFERMAGEM SOCIAL: MAIS QUE UM DEVER, UMA OBRIGAÇÃO	56
GÊNERO E ENVELHECIMENTO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO ÂMBITO DA SAÚDE	60
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E EDUCAÇÃO POPULAR: CONSCIENTIZANDO ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS DE JOÃO PESSOA – PB	65
GRUPOS DE DISCUSSÃO SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	68
IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.	72

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

João Pessoa – Paraíba

24 à 31 de julho de 2011

IMPORTÂNCIA DO LÚDICO NO PROCESSO ENSINO X APRENDIZAGEM EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	75
INTERVENÇÕES EDUCATIVAS EM ONCOLOGIA DIRECIONADAS A PACIENTES DO INTERIOR DO ACRE	76
O CUIDAR EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA	80
OS ENFERMEIROS FRENTE A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO	85
PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO POPULAR: SAÚDE SEXUAL DE ADOLESCENTES E JOVENS	88
PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO ESTUDANTIL DA UEFS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	92
PERCEPÇÕES DO PACIENTE SOBRE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE UTILIZADO NO SETOR DE HEMODINÂMICA DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE	96
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL	98
PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: PARA QUE(M)?	105
PROJETO EDUCAÇÃO POPULAR E ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA	107
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: PERSPECTIVA NA ENFERMAGEM	110
RELATO DE EXPERIÊNCIA DO IV ENCONTRO BAIANO E SERGIPANO DOS/DAS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	113
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO POPULAR EM UM ASSENTAMENTO	116
RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA	118
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	121
SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS DESVELADOS À LUZ DA FOTOGRAFIA - NUMA UNIDADE REFERÊNCIA DO RECIFE – PE - PRECARIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	124
TEATRO INTERATIVO: REVIVENDO/RECONSTRUINDO CENÁRIOS NA TERCEIRA IDADE – ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL	128
UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR NO ENSINO COM PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN	132
VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE SAÚDE PÚBLICA: REVENDO A LITERATURA	135
VULNERABILIDADE DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO AO HIV/AIDS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	139

A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM FACE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Marlus Dilvo Melo Souza¹

Tiago da Silva Duarte²

Sóstenes Ericson Vicente da Silva³

RESUMO

Introdução: Historicamente, os primeiros cuidados surgiram nas comunidades primitivas através de rituais sobrenaturais e de magia, uma vez que as doenças eram atribuídas aos deuses. (BELLATO et al., 1997). Segundo Carrera e Reascos (2006), o cuidado posteriormente passou a ser focalizado na figura da mulher, devido às atividades domésticas e com os familiares, pois a mesma desempenhava as tarefas de casa, cuidava das crianças, dos anciões e dos doentes, já que possuía instinto maternal que levava a cuidar dos sofrimentos. Na idade média, as concepções religiosas e cristãs, enquanto exercício cristão em geral, embasavam a prestação de assistência ao doente, inclusive ao próximo carente, uma vez que a doença era tida como instrumento de provação da alma deste doente e daqueles que o assistiam (CARRERA; REASCOS, 2006). Os primeiros hospitais dessa época não tinham como função básica o cuidar, mas sim de assistir espiritualmente os doentes. Daí, Foucault (1993) descreve que “(...) o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal (...), religioso ou leigo, que estava no hospital para fazer obra de caridade que assegurava a salvação externa (...)”. Neste contexto, as práticas de Enfermagem possuíam características semelhantes da época, pois havia ausência de conhecimento que fundamentasse as atividades, visto que praticamente todas eram manuais, tecnicistas, sem conhecimento técnico-científico (MARTINS et al., 2003). Segundo Merlo e Lopis (2007) em meados do século XVIII, na Inglaterra, ocorrem profundas mudanças decorrentes da primeira Revolução Industrial e do capitalismo que geraram uma nova concepção do objeto da saúde. É importante salientar que nessa época se iniciou o uso intensivo de mão de obra assalariada. Ferreira (2002: p.69) ressalta que “... a evolução da Primeira Revolução Industrial se teria tornado difícil sem o perfil profissional e as qualificações do operariado”. No século XIX houve grandes transformações e surgiram movimentos de reforma com a finalidade de tentar reconstituir a moral e a condição profissional do pessoal hospitalar. Assim, com a necessidade de reorganização, visando melhorar o funcionamento de forma geral de contexto hospitalar, segundo Martins et al. (2003) “surgiram fatores que contribuíram para o surgimento da

¹ Autor, Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL/Campus de Arapiraca. Membro do Grupo de Estudo Trabalho e Ser Social – GETSS. E-mail: marlus_dilvo17@hotmail.com.

² Autor, Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL/Campus de Arapiraca. Membro do Grupo de Estudo Trabalho e Ser Social – GETSS. E-mail: tiago_tomn@hotmail.com.

³ Orientador. Graduado em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE), Especialista em Formação para a Docência do Ensino Superior (CESMAC), Mestre em Serviço Social (PPGSS-UFAL), Doutorando em Linguística (PPGLL-UFAL). Estuda Análise do Discurso. Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Coordenador do Grupo de Estudo Trabalho e Ser Social – GETSS-UFAL/Campus de Arapiraca. E-mail: sericson1@hotmail.com.

Enfermagem moderna, que teve como [influência primordial] Florence Nigthingale”. A Enfermagem moderna nasce com Florence Nigthingale, na segunda metade do século XIX, e é neste mesmo contexto que surge a divisão do trabalho de Enfermagem, no qual de acordo com Bellato et al. (1997, p.77) as lady-nurses se encarregavam da administração da enfermagem e as nurses ficavam responsáveis pelo cuidado de Enfermagem. Com Florence, o sistema capitalista e o desenvolvimento industrial, segundo Martins et al. (2003: p.21), a saúde incorpora as exigências da nova ordem social, absorvendo seus conceitos e a sua organização. Na verdade, ocorre uma influência decisiva na estruturação da Enfermagem, isto é, nesta época estabelece-se a Enfermagem com base na disciplina, hierarquia e organização. No que se refere ao Brasil, a Enfermagem Moderna foi introduzida a partir da Reforma Carlos Chagas, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, fundada em 1923, na época denominada Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública. Na verdade, “a implantação da Enfermagem Moderna dos Estados Unidos da América no Brasil teve o apoio político e financeiro da Fundação Rockefeller na “organização de serviços de Enfermagem; criação de Escola de Enfermagem e oferta bolsa de estudos para recém-diplomados se especializarem na América do Norte” (SAUTHIER (1996 apud CARRERA; REASCOS, 2006: p. 20). Nesse contexto, a Enfermagem Moderna tinha como meta superar um passado considerado vergonhoso para as enfermeiras, dando origem a uma profissão competente com perspectivas de trabalho científico e de qualidade, mas vale salientar que o processo histórico de constituição da Enfermagem no país apresenta algumas particularidades. As diversas práticas profissionais que compreendem o setor saúde têm sido permeadas, estruturalmente, pelo fenômeno da precarização e isso tem trazido inúmeras consequências para a assistência a indivíduos e grupos sociais. Para compreendermos como o processo de precarização se expressa na atualidade, tomamos por objeto o caso da Enfermagem no Brasil, tendo por base algumas contribuições teóricas que apontam para os mais brutais efeitos de tal processo. No presente estudo, objetiva-se refletir sobre a atuação profissional face ao processo de precarização do trabalho, em especial, considerando o caso da Enfermagem brasileira, sobretudo, no início do século XXI. **Metodologia:** Tal estudo iniciou em 2010 e consiste em uma pesquisa bibliográfica, que vem sendo realizada com base em livros e artigos, utilizando os descritores: precarização, atividade profissional, Enfermagem, Brasil. Articula-se com uma pesquisa de campo, também em curso, que pretende analisar o estresse entre enfermeiros de unidades hospitalares da cidade de Arapiraca/Alagoas, sendo orientado segundo uma perspectiva crítica. Ambos os estudos estão vinculados ao Grupo de Estudo Trabalho e Ser Social - GETSS, da Universidade Federal de Alagoas/*Campus* de Arapiraca. **Análise e Discussão dos Resultados:** Com base nas análises realizadas até o momento, tanto em periódicos quanto em revistas da área de Enfermagem, observa-se que as transformações sociais, pelas quais tem passado a sociedade brasileira contemporânea, incidem, de algum modo, sobre a atuação da Enfermagem e se expressa nas relações de subalternidade, face à centralidade e hegemonia do modelo biomédico, atuação profissional em condições cada vez mais hierarquizadas, incompreensão do *status quo* do profissional enfermeiro, diferenças salariais e de condições de atuação profissional, jornada de trabalho mais inflexível em relação às outras profissões da área de saúde e desarticulação, enquanto categoria profissional, além da agravada complexificação societária. No campo teórico, evidencia-se uma busca incessante por discutir e aprimorar as técnicas de Enfermagem, voltando-se mais à reprodução de procedimentos e serviços, ou à valorização da mercadoria, do que ao compromisso ético-político de desvendar os fatores determinantes, que alicerçam a sociedade capitalista em múltiplos rebatimentos para a saúde. Além disso, percebe-se, com preocupação, que as raízes humano-sociais do processo de precarização do trabalho e seus rebatimentos para a Enfermagem, talvez por razões ideológicas e de alienação quanto à questão de classe, tem ofuscado a compreensão de profissionais, inseridos nos mais diversos setores de atuação da Enfermagem no país. Tal condição, inclusive, deve ser melhor

abordada nos cursos de graduação, tendo em vista que ainda prevalece, com raras exceções, uma *concepção romântica* da profissão.

O afastamento do cuidado natural voltado para satisfazer às necessidades de cura de doenças com base na utilização da natureza foi então substituído pelo cuidado técnico, com base em instrumentos produzidos pela indústria, que se utilizava dessa necessidade para se expandir. Nesse contexto as relações sociais entre cuidadores, cuja mediação estava centrada no cuidado passaram a incorporar outros elementos de mediação indispensáveis à sua consolidação. No entanto, considerando o processo de complexificação, posteriormente, a passagem de uma prática restrita a atendimentos individuais e grupais centrados na produção da tríade (ordem, moral e higiene), característica da Enfermagem em seu período mais inicial, para o desenvolvimento de práticas voltadas à inserção de suas práticas, juntamente com outras profissões, na esteira da promoção da harmonia social na relação Estado/ Sociedade, através de uma abordagem mais coletiva, ocorre dentro de um contexto de transformações societárias que transcendem a esfera de atuação dos enfermeiros, enquanto categoria profissional e da Enfermagem, enquanto área de saber. O aumento da atuação da Enfermagem fora dos serviços hospitalares face à intervenção ou organização da comunidade e grupos sociais específicos tem buscado melhorar o meio e as demais condições imediatas, no entanto, mesmo deixando de centrar-se, somente, nas mudanças do estado de saúde-doença do indivíduo e da família, demonstra uma visão teórica restrita apenas às variadas formas de expressão do problema, sem, contudo, compreendê-lo em si mesmo enquanto tal, como determinante dessa dada sociabilidade, considerando o capital e o modo de produção capitalista. Percebe-se, então, que durante este processo de constituição histórica da Enfermagem, enquanto profissão, as condições de trabalho não têm sofrido grandes modificações. Tal processo de precarização da atividade profissional do enfermeiro tem se caracterizado ainda, sobretudo nesse início de século, por uma forte segmentação do mercado voltado para a profissão, implicando em um funcionamento da oferta de empregos e condições de exercício profissional que variam desde os espaços de grandes avanços tecnológicos às condições mais rudimentares de atuação profissional. **Considerações Finais:** Até o momento, no que diz respeito à gênese da precarização e aos seus efeitos para a profissão, observa-se que, na verdade, o enfermeiro atua principalmente como ‘trabalhador’ assalariado, numa relação entre prestador de serviço (Estado e iniciativa privada), enfermeiro e o “cliente”, aqui trazido enquanto consumidor de um *produto* chamado ‘cuidado’. Pretende-se, enfim, que tal estudo possibilite aos profissionais da Enfermagem as condições para uma reflexão crítica acerca das limitações impostas pelo capital à atuação profissional. Considerando-se a complexidade teórica dessa temática e das implicações que esta abordagem suscita, sugere-se que novos estudos sejam realizados, buscando uma maior compreensão dos aspectos aqui enfocados, tão importantes para a Enfermagem e para as demais categorias profissionais do setor saúde.

Palavras Chave: Precarização. Atividade profissional. Enfermagem.

Referências:

BELLATO,R.; PASTI,M.J.;TAKEDA,E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5,n.1,p.75-81, janeiro 1997.

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

João Pessoa - Paraíba

24 à 31 de julho de 2011

CARRERA, Gabriela; REASCOS, J. Nancy. **Manual de Enfermagem**. São Paulo: Vergara, 2006.p.11-12.

FERREIRA, J.M.C. Novas tecnologias e organização do trabalho. In v.c. Pioccinni (Ed.), **caderno de Debates**: vol. 50. Transformações do trabalho e do emprego no contexto da reestruturação econômica. Porto Alegre, RS: editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

MARTINS, Júlia Trevisan; OPITZ, Simone Perufo; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; FÁVERO, Neide; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Transformações Históricas na Assistência de Enfermagem. Ano 3, nº 16. **ENFERMAGEM ATUAL**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p.20-28.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LAPIS, Naira Lima. A saúde e os Processos de Trabalho no Capitalismo: Reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & sociedade**; 19(1): 61-68; jan/abr. 2007.

**A AUTONOMIA DO PACIENTE NA RECUSA DE TRATAMENTO PROCEDIMENTO
DIAGNÓSTICO Á LUZ DO CONSENTIMENTO INFORMADO: HUMANIZANDO A
ASSISTENCIA**

Alana Franco da Silva¹

Rayssa Anc'ley de Oliveira Farias¹

INTRODUÇÃO O sistema de saúde se confronta diariamente com questões éticas e bioéticas que, necessitam de uma maior sensibilidade ao serem analisadas e julgadas, antes da tomada de decisão. No que tange a recusa a tratamentos ou procedimentos receitados por profissionais da saúde, decisões antecipadas podem comprometer a qualidade do atendimento, a atuação dos profissionais da saúde ou mesmo o direito do paciente á autonomia. (FRANÇA, 2008) Estudos que abordam o tema sobre os conflitos éticos em situações onde os profissionais são limitados ao oferecerem um tratamento para manutenção vital do paciente, têm contribuído para a evolução tecnocientífica no campo onde há persistência de tais fatores, bem como instruído os trabalhadores da área da saúde a agirem da maneira correta e ética nessas situações. (SILVA, et al, 2009). Os motivos que levam o paciente à recusa do tratamento ou procedimento são muitos e variados, uma vez que se lida com pessoas e cada uma apresenta um universo na forma de pensar singular. Princípios morais, culturais ou religiosos são os mais frequentes. O impacto da religião na vida das pessoas hoje tomou proporções terapêuticas. Considerada uma fonte de apoio social, a religião tem demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores, como o processo saúde-doença e o tratamento da saúde. (VOLCAN, 2003, PANZINI; BANDEIRA, 2005). A religião é inserida no convívio do individuo por meio de sua família, propiciada pela cultura que permeia seus costumes. Costumes tais, que são aprendidos e executados de acordo com os princípios morais do contexto na qual a mesma está inserida. Quando o paciente é assistido holisticamente, e é dessa forma que deve ser visto sempre, implica seus princípios morais, sua religião e a cultura em que o mesmo está inserido, pois são incorporados pelo individuo na sua pessoa e não devem ser minimizados ou desconsiderados durante a execução de um tratamento. A razão para uma possível desconsideração seria o Princípio da Beneficência, que inspira o médico a direcionar sua atividade e intervenção sempre em benefício do seu paciente. No entanto, de acordo com Sprung e Eidelman (1996), a

“beneficência requer que o médico faça o que beneficiará o seu paciente, de acordo com a visão do paciente e não com a visão do médico”. Esses fatores produzem um questionamento base que construíram esse estudo; Quais as implicações éticas e jurídicas que determinam o limite entre o Ato Médico e a Autonomia do Paciente? Com base nisso, esse artigo teve como fio condutor os seguintes objetivos: Promover uma reflexão respaldada nas considerações éticas e jurídicas sobre o princípio da autonomia, o consentimento livre esclarecido e os direitos do paciente na recusa de tratamentos ou procedimentos diagnósticos. **CONSIDERAÇÕES METODOLOGICAS** Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo, que foi realizada por meio do levantamento de artigos científicos publicados em periódicos online de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Direito entre os anos de 2000 e 2009, na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como teses, dissertações e livros que abordem essa temática, pela pesquisa na internet no endereço eletrônico <http://www.google.com.br>, através dos descritores: direitos do paciente, princípio da autonomia, consentimento livre esclarecido. Houve também a consulta ao Código de Ética Médica, Código de Ética da Enfermagem, Estatuto do Paciente e Cartilha dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde para promover a análise nos aspectos éticos e jurídicos de possíveis tomadas de decisões. Primeiramente foi feita uma análise de conteúdo através de uma leitura superficial, a fim de selecionar e categorizar os documentos, seguido de uma leitura profunda, para possibilitar o recorte dos textos de interesse para fomentar a discussão. **REVISÃO DE LITERATURA** A crença na Ciência tende a levar os profissionais da saúde que a ela aderem consciente ou inconscientemente, a assumir uma posição de onipotência diante da doença do paciente e do próprio paciente, que passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a tutela dos profissionais incondicionalmente, como se o paciente, enquanto sobre seus cuidados, abdicasse de seus conhecimentos, suas decisões e sua autonomia (MARTINS, 2004). Porém, deve-se dar atenção ao termo “saúde”, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, não se refere apenas à ausência de doença, mas a um bem-estar social e mental do indivíduo, incluindo a não violação de seus valores éticos e culturais (SEGRE, 1991). Sabemos que quatro princípios básicos regem a Bioética: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça. Uma das formas de expressão da autonomia do paciente consiste em aceitar ou não, submeter-se a procedimento relativo à sua saúde, após esclarecimento através do consentimento informado, também chamado de consentimento livre e esclarecido. (TAVARES, 2003) Sabemos também que cada profissão possui um código de ética, um conjunto de normas e princípios que visam nortear a conduta do profissional frente às situações enfrentadas nas assistências. Portanto, nem sempre tais códigos respeitam as necessidades dos pacientes ou mesmo normas superiores. O Código de Ética Médica, por exemplo, no artigo 56º diz que é vedado ao médico : “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.” (CFM, 2003. Pág.33) explicitando que em casos onde o paciente corre risco de perder a vida, sua autonomia, sua identidade e sua privacidade poderão ser invadida e desrespeitada, contrariando o artigo 5º da Constituição Federal que afirma: “X – São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.” (BRASIL, 2006).

Sendo a Constituição Federal de um maior valor jurídico, a mesma anula o artigo citado do Código de Ética Médica, porém na prática, ele é citado muitas vezes para embasar o Ato Médico. O

princípio da Beneficência traduz-se no atuar médico sempre em busca do fazer o bem ao paciente, avaliando os riscos e pesando o mal causado em busca de um bem incerto ou menor. Daí, também, a consagração atual do princípio da Não-Maleficência, que é o não causar o mal, maximizando os benefícios e minimizando os riscos possíveis. (MATOS, 2007) Entretanto, há um equívoco quanto á referência do que seria bom ou ruim, pois os valores se diferem quanto á pessoa. Logo, se é necessário o diálogo, a confiança, o interesse da parte do profissional em conhecer a pessoa com quem está lidando e acima de tudo investir tempo no Consentimento Informado. CONCLUSÃO Matos (2007), afirma que o dever de informar significa que os profissionais da saúde necessitam estabelecer um relacionamento aberto ao diálogo com seu paciente, informando-o da gravidade da doença, dos exames necessários à compreensão de sua extensão ou grau de avanço, os diversos tratamentos possíveis e o desenvolvimento de cada um (o quanto é invasivo e doloroso cada tratamento), os benefícios possivelmente alcançados, bem como os riscos dos procedimentos. Além disso, a pessoa tem todo direito de se recusar a aceitar o que lhe está sendo proposto, sem que isso resulte em nenhuma sanção, em nenhuma limitação de sua liberdade de decisão. O consentimento esclarecido precisa conter informações adequadas e que possam ser compreendidas pelo paciente. Dessa forma o paciente não fica apenas informado, mas também é esclarecido através de informações que estejam adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas. (NUNES e FERNANDES, 2005). Diante desse exemplo, observa-se que defender os direitos do paciente no que tange sua autonomia, envolve aspectos tanto éticos como jurídicos, que por muitas vezes se confrontam, principalmente quando a vida do paciente está em risco. Nessas situações, quando o paciente vai á óbito, muitos profissionais deparam-se com a insegurança, temendo um processo administrativo por parte do Conselho Regional de Medicina por omissão de socorro, delito previsto no artigo 135º do Código Penal Brasileiro. (VIEIRA, 2003). Caberá á classe trabalhadora, uma mudança comportamental e uma revisão de valores no atendimento ao paciente, quando o mesmo tiver que submeter-se á alguma terapia ou procedimento, pois o respeito ao paciente é o passo inicial para um atendimento humanizado, voltado aos interesses da sociedade.

Palavras-Chave: **Princípio da Autonomia, Consentimento Livre e Esclarecido, Bioética**

REFERÊNCIAS

VIEIRA, T.R.; Aspectos Éticos e Jurídicos da Recusa do Paciente Testemunha de Jeová em Receber Transfusão de Sangue. **Revista Ciências jurídicas e sociais da Unipar** – v.6 n.2. Paraná, 2003

BRASIL, **Constituição da República Federativa**. Artigo 5º inciso X. pág. 2. Brasília, 2006.

SPRUNG, CL; EIDELMAN, LA. **Intervenções judiciais em decisões médicas: falhas no sistema médico?** Editorial: Crit Care Med, 1996

Construindo um sistema de sangue para o século 21. **Conselho Federal de Medicina**. Setembro de 1998.

TAVARES, Marcos Roberto. Aspectos Bioéticos Do Consentimento Livre E Esclarecido. **Rev. Bras. de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. Vol. 31; N. 2. São Paulo, 2003.

MATOS, Gilson Ely Chaves de. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. **Revista Bioética**. Vol. 15; N. 2. Ano 2007.

FERNANDES, Fernando e NUNES, Daniela Sens. Conhecimento, conscientização e atitude do docente no que respeita ao consentimento informado e à autonomia do paciente. **Revista da ABENO**. Vol. 6; N. 1. São Paulo, 2006.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Vol.8; N.14 Ano 2004.

SEGRE, Marco. **Situação ético-jurídica da testemunha de Jeová e do médico e/ou instituição hospitalar que lhe presta atenções de saúde, face à recusa do paciente-religioso na aceitação de transfusão de sangue**. São Paulo, 4 de julho de 1991.

A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Átila Augusto Cordeiro Pereira⁴

Emille Samara da Silva Caribé⁵

Everson Vando Melo Matos³

Há quase um século a profissão de enfermagem, no Brasil, é submetida a um preparo formal, composta por pessoal teoricamente treinado e qualificado durante pelo menos quatro anos para execução da prática de enfermagem: o cuidar. Embora atualmente a enfermagem tenha alcançado o patamar que possui, comparativamente ao início do desenvolvimento da profissão, muitos assuntos ainda precisam ser discutidos pela categoria, dentre eles o reflexo da divisão social do trabalho na enfermagem brasileira. Este modelo de formação em enfermagem, até início do séc. XX era inexistente, pois o que tínhamos nada mais era que cuidadores, religiosos, práticos, ou seja, leigos sem nenhum preparo formal. Refletir sobre desenvolvimento histórico da profissão de enfermagem, embora de forma extremamente resumida, se faz necessário, na medida em que esta pesquisa possui como objeto central fomentar a discussão a respeito da prática de enfermagem dentro da lógica da divisão social do trabalho vigente, que influencia diretamente no comportamento, na autonomia e no reconhecimento social do profissional. Almejamos com este trabalho fomentar a discussão a respeito do trabalho em enfermagem dentro da lógica da divisão social do trabalho, então vigente, assim como compreender a lógica da divisão social do trabalho e identificar as influências desta no trabalho de enfermagem. Analisaremos a divisão social do trabalho sob a ótica marxista, pois foi Marx (1818-1883) quem deu à expressão o sentido que atualmente utilizamos. Marx, em O Capital (1982), diz que a ‘divisão social do trabalho’ diz respeito ao caráter específico do trabalho humano. Um animal faz coisas de acordo com o padrão e necessidade da espécie a que pertence, enquanto a aranha é capaz de tecer e o urso de pescar, um indivíduo da espécie humana pode ser,

⁴Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) – atila_augusto16cp@hotmail.com

⁵Licenciada em Biologia pelo Instituto Federal do Pará (IFPA) e Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) – emillecaribe@hotmail.com

³Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) – everson.melo@hotmail.com

“simultaneamente, tecelão, pescador, construtor e mil outras coisas combinadas”. Essa capacidade de produzir diferentes coisas e até de inventar padrões diferentes dos animais não é possível ser exercida individualmente, mas a espécie como um todo acha possível fazer isso, em parte pela divisão do trabalho. A divisão do trabalho sempre existiu. Inicialmente, dava-se ao acaso, pela divisão sexual, de acordo com a idade e vigor corporal. Com a complexidade da vida em sociedade e o aprofundamento do sistema de trocas entre diferentes grupos e sociedades, identifica-se a divisão do trabalho em especialidades produtivas, designada pela expressão ‘divisão social do trabalho’ ou divisão do trabalho social. Esta forma de divisão do trabalho ficou bem caracterizada na estrutura dos ofícios da Idade Média. No artesanato, os produtores eram donos dos instrumentos necessários ao seu trabalho, tinham domínio sobre o processo de produção, sobre o ritmo do trabalho e sobre o produto, e também, quase certamente, havia ascensão a companheiro e muito provavelmente a mestre. Desta forma, as profissões tipicamente femininas, como por exemplo, Serviço Social, Pedagogia, Enfermagem, dentre outras, representam um aperfeiçoamento técnico das tarefas historicamente destinadas à mulher. Por este fato tais profissionais não possuem igual status perante os que se encontram nas profissões masculinizadas, sendo assim desvalorizadas socialmente. Com o advento do capitalismo industrial em meados do séc. XVIII caracteriza-se o sistema de fábricas, onde um grande número de trabalhadores é empregado por um capitalista. Os trabalhadores ficam especializados em parcelas (tarefas/atividades específicas) do processo de produção dentro de uma mesma especialidade produtiva, e o controle do processo passa para a gerência. Ou seja, o domínio do processo não está mais com os trabalhadores. Este modelo irradia-se para todos os ramos de trabalhos e serviços, fatalmente atingindo os serviços de saúde, e neste, o trabalho de enfermagem. Ao longo da história da humanidade, a esfera trabalho passou a ser fortemente permeada de influências positivistas que tentam justificar a divisão do trabalho como sendo natural a manutenção da ordem social. Pautados no darwinismo social, muitos teóricos tentaram legitimar essa divisão a começar pela divisão sexual do trabalho. Esta divisão deu suporte para outra divisão mais abrangente no mundo do trabalho: a divisão social do trabalho, onde alguns (minorias) detêm o saber, o trabalho intelectual enquanto a outros (minorias) fica destinado o trabalho manual, técnico e alienado que contamina várias profissões como a Enfermagem moderna. Entende-se por enfermagem moderna aquela exercida pelas várias categorias de pessoal que são submetidos a um preparo formal, por oposição à Enfermagem Tradicional, exercida por leigos (BLANK,1987). Muito embora seja datado de 1832 o ensino de parteiras junto às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, é somente a partir de 1890 que começa a funcionar a primeira Escola de Enfermagem junto ao Hospital de Alienados (HA), mas devemos ressaltar que na literatura de enfermagem vários documentos apresentam a Escola Ana Nery, fundada em 1923, como a primeira escola de enfermagem do Brasil. Isso é justificado por ter sido esta a primeira a funcionar genuinamente sob a orientação e organização de enfermeiras e psiquiatras. A Enfermagem experimenta esta divisão duplamente, pois a divisão social do trabalho quando passa pela saúde, também delimita o trabalho intelectual do manual, cabendo aos de classe mais abastardas, o pensar e aos de classe inferior, o fazer. E por conta disso ainda temos uma enfermagem subserviente à prática médica, assim como temos as demais categorias da equipe de enfermagem subordinadas à figura do Enfermeiro. Atualmente, a enfermagem no Brasil é desenvolvida por agentes com formação também diferenciada: enfermeiro, que é um profissional com nível superior; técnico de enfermagem, com segundo grau profissionalizante; auxiliar de enfermagem, com primeiro ou segundo grau e, os atendentes de enfermagem, visitantes sanitários, agentes de saúde pública; entre outros, qualificados pelo sistema formal de ensino, mas também com algum tipo de treinamento em serviço. Essa forma de divisão do trabalho tem como consequência para os trabalhadores a alienação e para o capitalista constitui-se em um problema gerencial, essa mudança fragmenta o processo permitindo um aumento da produtividade como também hierarquiza as atividades, atribuindo valores diferentes a cada tarefa executada por diferentes trabalhadores ou

grupo de trabalhadores específicos. Assim, aumenta a produtividade não só pelo aumento numérico dos produtos em uma determinada unidade de tempo como também aumenta a produtividade diminuindo o custo da força de trabalho comprada pelo capitalista. Quanto à divisão do trabalho, a enfermagem se encontra, historicamente, subordinada ao saber médico. Todo trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções manuais, e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente no trabalho médico, constituindo-se a enfermagem. A própria enfermagem é atingida posteriormente pela reiteração da mesma divisão, sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apropriação das tarefas de supervisão e controle ao profissional com qualificação formal superior, o enfermeiro. Analisando ainda à divisão social do trabalho, ALMEIDA et alli (1981), citado por BLANK (1987), sustenta que o acréscimo técnico aliado a implicações de natureza social, subdividiram os agentes encarregados do cuidado direto ao paciente em categorias como: técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, que destituídos do domínio do saber e subordinados ao enfermeiro, complementam os cuidados aos pacientes. Os estudos sobre a prática da enfermagem ainda são recentes, insuficientes e, em geral escolhem uma análise funcionalista da profissão. E mesmo os estudos que procuraram analisar a prática de enfermagem enquanto prática social de uma forma mais compreensiva, tentando relacionar o seu desenvolvimento com os determinantes sociais, econômicos e políticos, não conseguiram êxito em sua totalidade, que é a enfermagem, desde a sua compreensão, de seu desenvolvimento, de suas crises e de seus problemas para afirmar-se como profissão no Brasil. Essas limitações não deixam de afetar o nosso trabalho. Foi realizada uma revisão da literatura sobre o assunto em questão, através de um estudo e levantamento bibliográfico das literaturas científicas que tratam da questão da divisão social do trabalho em enfermagem, especificamente no Brasil. Sendo assim, a pesquisa bibliográfica proposta reuni um conjunto de autores para a discussão da questão que tenham publicado conteúdos que fundamentem uma discussão teórica, levando em conta que o pesquisador deve saber articular as informações coletadas, articulando-as com um nível de análise crítica, não meramente descritiva, usando sua visão no assunto tratado. Segundo Severino (2000), a pesquisa bibliográfica dá suporte a todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que auxilia na definição do problema, na determinação dos objetivos, na construção de hipóteses, na fundamentação da justificativa da escolha do tema e na elaboração do relatório final, portanto, tais fatores subsidiam a escolha tomada para desenvolvimento da pesquisa. Atualmente na sociedade, o processo de alienação atinge múltiplos e diversos campos da vida humana, impregnando as relações das pessoas com o trabalho, o lazer, o consumo, e com seus semelhantes e consigo mesmas, gerando uma série de conflitos. O enfermeiro precisa estar atento, a fim de não abrir mão de sua capacidade de crítica e auto-crítica, a fim de não enveredar pelo trabalho alienado. Com essa capacidade o enfermeiro poderá não só por em prática o que aprendeu durante anos na universidade, e sim estará praticando também a sua cidadania que lhe é de direito, com uma relação mútua com o sujeito/enfermo.

Palavras-chave: Divisão social do trabalho; Divisão sexual do trabalho; Trabalho em enfermagem.

A ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO POPULAR DE MULHERES: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

EDJACLÉCIO DA SILVA OLIVEIRA, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem – UFCG, edjaclecio@hotmail.com

IASMIM DINIZ DE OLIVEIRA, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem – UFCG, iasmimdiniz_np@hotmail.com

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO, Enfermeira Especialista – Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem-UFCG, nath-cris@hotmail.com

Introdução- O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, que se apresenta de múltiplas formas clínicas e morfológicas, com diferenças na pré e pós-menopausa, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático, em sua maioria o início dá no revestimento dos ductos lácteos, algumas vezes no lóbulo, crescendo através da parede do ducto e entrando no tecido adiposo. Atinge frequentemente mulheres após os quarenta anos de idade, embora se tenha observado, mundialmente, um aumento de sua incidência em faixas etárias mais jovens. Este é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. De modo que, a cada ano, cerca de 22% dos novos casos de câncer que acometem a população feminina são de mama. De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o ano de 2010 foi de 49.240 novos casos, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. A Região Sudeste, é onde o câncer de mama é mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) são muito importantes em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. No entanto o fator de risco mais importante é a idade. Haja vista que as taxas de incidência aumentam consideravelmente até os 50 anos, e após, esse aumento ocorre um decréscimo no número de casos. Essa mudança no comportamento da taxa tem sido atribuída ao início da menopausa. Além desses fatores supracitados, alguns estudos realizados recentemente mostram que a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco, onde cresce a

probabilidade de desenvolver câncer de mama, particularmente durante a puberdade. Esta neoplasia é uma doença que apresenta diferentes situações de ameaça aos seus portadores, causando um grande desconforto psicológico, que pode gerar ansiedade e um estado depressivo na mulher, além disso provoca mudanças no seu estilo de vida, que é causado por desconforto físico e pelo conceito de sua autoimagem, gerando baixa estima e libido sexual diminuído, o medo quanto ao sucesso do tratamento, assim como a possibilidade de sua recorrência e o temor da morte. Dessa forma é importante que a detecção desta neoplasia seja feita desde cedo, pois quanto mais precoce for à intervenção, maior a chance de sobrevivência da mulher e menor o custo do tratamento. Contudo este tipo de câncer continua representando sérias ameaças para a população feminina brasileira, o que pode ser explicado por diversos motivos como, por exemplo, pela dificuldade em acessar os serviços de saúde, pela demanda reprimida, pelo não conhecimento de medidas preventivas e pela falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si. Com base nisso é relevante destacar a educação em saúde como um importante instrumento na prevenção do câncer e na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres. São os enfermeiros que estão habilitados para desenvolver essa atividade. Este profissional vem ganhando destaque por exercer um importante papel na prevenção do carcinoma mamário, buscando através da educação em saúde, com troca de ideias, aconselhamentos e esclarecimentos orientar a população feminina quanto à necessidade de realização dos exames rotineiros para detecção precoce e prevenção secundária desta neoplasia. Além disso, uma das grandes responsabilidades do profissional de enfermagem está no que diz respeito ao ensinar a mulher como realizar o autoexame, onde este, desde que seja realizado de maneira rotineira, permite identificar diversas alterações prematuramente. Dessa forma, ressalta-se a eficiência do procedimento e sua importância no decréscimo da morbimortalidade e aumento nas taxas de sobrevida e cura das mulheres. É importante reconhecer que o autoexame é considerado uma das ações preventivas do câncer de mama mais eficientes, constituindo-se, principalmente, em instrumento de transformação na medida em que propicia conscientização para os sinais iniciais da enfermidade e conseqüente mudança de comportamentos e hábitos de saúde. Esta pesquisa objetiva descrever as ações de enfermagem para sensibilização das mulheres à realização do exame preventivo para detecção precoce do câncer de mama. **Metodologia** - O estudo a ser divulgado foi baseado na pesquisa bibliográfica que visa proporcionar maior familiaridade com o problema na intenção de torná-lo explícito e construir hipóteses, visando descrever as características da população e do fenômeno. **Análise e discussão dos resultados** - A integralidade da assistência à saúde da mulher é um desafio, haja vista a necessidade de ações de controle e prevenção das neoplasias, dentre estas o câncer de mama e sua alta incidência. Deste modo, entre as ações de competência da enfermagem na educação em saúde está a realização da atenção integral às mulheres mediante a necessidade identificada com foco na resolutividade do problema e prevenção de doenças; realização da consulta de enfermagem (exame clínico das mamas, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou Gestor Municipal, observadas as disposições legais da Profissão de Enfermagem); atenção domiciliar, se necessário; manter a disponibilidade de suprimentos de materiais necessários para coleta e divulgação do exame preventivo e do autoexame; realização de atividades de educação em saúde com as mulheres em diferentes momentos por meio de oficinas de sensibilização para a importância do exame preventivo capacitando-as para a realização do autoexame, possibilitando a identificação dos sinais de alterações patológicas. Dentre as ações de enfermagem que diz respeito à prevenção da neoplasia mamária um fato em si é dito como primordial, trata-se do planejamento estratégico, pois este é um método que fornece subsídios que auxiliam a compreensão desta problemática. Ao incluir a etapa de planejamento nas campanhas, os fatores que, tradicionalmente, são ignorados pelos criadores dos programas, passam a tornar-se extremamente importantes. São esses os ditos aspectos subjetivos, como desejos, valores, crenças e sentimentos, os quais têm relevância fundamental na adesão ou não da população aos programas de

prevenção. Em termos de prevenção primária, devem ser lembradas, em primeiro lugar, as medidas mais simples, dietéticas e comportamentais, que valem a pena ser estimuladas. Deve-se evitar obesidade, sedentarismo, alimentos gordurosos e ingestão alcoólica em excesso. A prevenção primária é papel da enfermagem e é tido como o fator preponderante na diminuição da incidência da neoplasia mamária. De forma a está intrinsecamente ligado ao incentivar dos pacientes quanto a alterações em sua dieta e as várias modificações em seu estilo de vida, pois estes fatores são apontados por estudos epidemiológicos como capazes de influenciar o risco para o câncer. Evoluindo dessa forma, o enfermeiro age progredindo e melhorando a adaptação ao fator saúde-doença que uma ausência da prevenção pode resultar. Assim sendo a ação da enfermagem usa de suas habilidades de ensino e aconselhamento para incentivar os pacientes a participarem dos programas de prevenção do câncer e adotar modos de vida saudáveis. Além de informações acerca da adoção de hábitos saudáveis de alimentação, como a prática adequada, o exercício físico, cessar com o cigarro quando fumantes e limitar a ingestão de bebidas alcoólicas contribuem na diminuição do risco a neoplasia. Para ter sucesso nessa educação popular, atingindo toda população feminina de sua área, o profissional de enfermagem deve levar a informação até a comunidade (escolas, igrejas, grupos de mulheres) enfatizando a importância que a identificação precoce tem na redução da mortalidade na maioria dos casos, mas para isso, é preciso embasar a educação do indivíduo, atingindo diferentes culturas. O contato direto com a cliente permite o esclarecimento e a adesão a esse meio rápido e simples de detecção precoce do câncer de mama. Desta forma é preciso que o enfermeiro conheça os recursos disponíveis para dar ciência às pessoas da existência e dos locais onde esses recursos estão disponíveis. Haja vista que educar a comunidade é tido como uma das formas de prevenir primariamente o aparecimento da neoplasia. O direcionamento das ações de cuidado está voltado para a promoção da saúde e qualidade de vida, com base na educação em saúde como um propósito de levar a informação necessária a paciente, despertando a responsabilidade e a motivação em cuidar da saúde e a prevenir doenças. **Considerações finais** – O câncer de mama atualmente é considerado um problema de saúde pública, entretanto o principal fator que contribui com a incidência deste mal, é a falta de informação quanto à importância da prevenção e o diagnóstico precoce. Para tanto refletir sobre a prevenção do câncer de mama em mulheres, especialmente na atenção básica principalmente em decorrência dos crescentes índices de morbi-mortalidade feminina é de extraordinária importância. Infelizmente a falta de orientações e informações quanto à doença e sua prevenção são os maiores fatores contribuintes na incidência. Tendo em vistas o fato que um indesejável diagnóstico do câncer de mama traz diversos sentimentos e diferentes reações na vida das mulheres, a enfermagem adentra neste meio agindo prioritariamente também quanto ao auxílio e amparo a vidas onde aí prevalecerão os sentimentos de medo e desespero. Sendo assim, percebe-se que é fundamental a participação do profissional Enfermeiro nas ações de promoção a saúde para com as mulheres, por meio da educação e orientação sobre os cuidados necessários, para a diminuição da incidência desta neoplasia.

Palavras-chave: Prevenção; Educação popular; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf> acesso em 17 de maio de 2011.

BRASIL, Secretaria Municipal de Saúde. **Prevenção e Controle do Câncer de Mama**. Belo Horizonte- MG, 2008. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocolocancerdemama.pdf> acesso em 20 de maio de 2011.

CARVALHO C. M. R. G., **Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão**, Revista Brasileira de Enfermagem, 62(04), Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/14.pdf> acesso em 17 de maio de 2011.

FERNANDES, R. A. Q., NARCHI, N. Z. **Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama**, Revista Brasileira de Cancerologia, 48 (02), 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/artigo2.html acesso em 20 de maio de 2011.

GUTIERREZ, M. G. **Natureza e Classificação das Intervenções de Enfermagem em Ambulatório de Quimioterapia de Adultos**, Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, julho 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12397.pdf> acesso em 20 de maio de 2011.

KIM, D. D. *et al.* **Saber é Prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2008 vol. 15, São Paulo. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/047.pdf> acesso em 18 de maio de 2011.

MARINHO, A. M.; LIMA, F. L.; ARAUJO, M. F. M.; **Câncer de Mama e Auto-exame: uma Análise do Conhecimento de Gestantes**, Cogitare Enferm, 12 (04), Fortaleza-CE, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9709/5407> acesso em 21 de maio de 2011.

MORENO, M. L. **O papel do enfermeiro na Abordagem do Câncer de Mama na Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0693.pdf> acesso em 17 de maio de 2011.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**, 7 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PINHO, L. S. *et al.* **Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09. 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm> acesso em 20 de maio de 2011.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem .7 ed.**, Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009.

QUINTANA, A. M., *et al.* **Prevenção do Câncer de Mama: a Contribuição das Representações Sociais**, Revista Ciência, Cuidado e Saúde. v.03, n. 03, 2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5406/3443> acesso em 20 de maio de 2011.

SCLOWITZ, M. L. *et al.* **Condutas na Prevenção Secundária do Câncer de Mama e Fatores Associados**, Rev. Saúde Pública, 39 (03), São Paulo-SP, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf> acesso em 11 de maio de 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 11 ed. v. 01, p-326, Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009.

VIEIRA, D. S. C., *et al*, **Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação**, Rev Bras Ginecol. Obstet. 30(1),2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n1/a08v30n1.pdf> acesso em 20 de maio de 2011.

A EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DA XIII SEMANA DE CALOURAS E CALOUROS DE ENFERMAGEM DA UFBA

Ana Paula Assunção Moreira

Rosane Sousa Barreto

RESUMO: A Semana de Calouros, além de servir para recepcionar e dar as boas vindas às e aos ingressantes no curso de enfermagem, é utilizada como meio de instrumentalizá-los sobre o contexto da universidade, bem como informá-los e trazer à tona debates referentes à enfermagem em seus diversos aspectos, sem se desvincular da conjuntura social em que está inserida. Os diretórios e centros acadêmicos que atuam na construção deste espaço preocupam em inserir na programação das semanas de calouros debates que poucas vezes serão discutidos em sala de aula, mas que têm importância na formação crítica dos estudantes recém-ingressos. O DAEnf-UFBA vem desde o ano 2005 estabelecendo esta forma de interação com alunas ingressantes no curso de enfermagem. Construir uma semana de calouros demanda tempo, dedicação, informação sobre os temas inerentes ao contexto social relacionados à enfermagem enquanto profissão e prática social, condições de trabalho e garantias de direitos, a formação que as universidades nos proporcionam e a que buscamos, o crescimento do número de cursos e a qualidade da formação destes profissionais que estão entrando no mercado de trabalho. Discute-se também concepções de saúde, defesa do Sistema Único de Saúde, abordando a Reforma Sanitária e suas repercussões, bem como construindo propostas de melhoria desse sistema enquanto agentes transformadores e futuros profissionais de saúde. O debate de gênero se faz presente enfatizando principalmente as desigualdades entre os sexos e os determinantes disso para a enfermagem, numa tentativa de desconstrução do pensamento predominante na sociedade e no ambiente universitário. As relações desiguais na sociedade também estão presentes nos debates da semana de calouros, onde discutimos conceitos de classe,

opressor/oprimido, classe trabalhadora, e onde está a profissional enfermeira nessa fragmentação social. A semana de calouros têm ainda o papel de desconstruir conceitos pré-firmados sobre os movimentos sociais, ressaltando o movimento estudantil como um importante movimento social e, desde já, incentivando a participação dos ingressantes nesse movimento. Além dessas válidas discussões, o espaço físico da escola, os trâmites acadêmicos e os demais espaços de formação extracurriculares também são apresentados aos novatos, numa tentativa de direcionamento para facilitar o conhecimento e o acesso aos diversos espaços que a universidade oferece. Metodologia: A semana de calouros acontece no início de cada semestre, sendo realizada ao longo de cinco dias nos turnos matutino e vespertino. Durante esses dias, os ingressantes são dispensados das aulas, mas com presença obrigatória nos espaços deste evento, assinando lista de frequência que são passadas ao colegiado de graduação, afirmando a oficialidade e reconhecimento deste na Escola de Enfermagem. Para as discussões referidas são convidados palestrantes que podem ser professoras da Escola de Enfermagem, ou mesmo de outros cursos, representantes de Sindicatos, ABEn, militantes de movimentos sociais, ex-alunos da EEUFBA, além dos membros do Diretório Acadêmico, Diretório Central dos Estudantes (DCE), LOCO Nordeste I e da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), que atuam também como facilitadores de alguns espaços. Para a construção da Semana de Calouros, o Diretório Acadêmico se reúne a fim de discutir a temática central e definir a programação da semana e a metodologia dos espaços. A gestão conta com o apoio de colaboradores, que compõem o Núcleo de Apoio ao Diretório Acadêmico (NADA) e todos se subdividem em comissões a fim de otimizar o tempo, com o intuito de descentralizar as ações tornando todos protagonistas na construção. As comissões são: metodológica, estrutural, lanche, mística, comunicação e integração. O encerramento dessas atividades se dá com um espaço denominado de Cultural que é destinado para uma maior integração dos presentes. Resultados e Discussão: A construção de uma Semana de Calouros não é uma tarefa simples, exige um grande envolvimento físico e mental, já que as demandas são, além de estruturais, também metodológicas, e temos que desenvolver mecanismos de torná-la interessante aos ingressantes – é este o maior desafio – já que o movimento estudantil acaba se apegando com certas atitudes costumeiras que dificultam a aproximação com os demais estudantes, tais como os debates prolongados, com a utilização de palavreado complexo e, por isso, inibindo a participação dos calouros. Observamos o quanto é difícil superar tais comportamentos, por considerarmos tão importantes a ponto de aceitarmos o afastamento da base tão somente pela falta de interesse dos mesmos. O retorno por parte dos estudantes, referente à experiência na participação da semana de calouros, é positivo na maioria das vezes, tendo os mesmos relatado ser um momento muito importante tanto na formação, principalmente pelas discussões que são trazidas, que são relevantes no contexto em que estes estão se inserindo, quanto na facilitação à inserção na universidade, mostrando as diferentes possibilidades que são oferecidas no espaço universitário. No entanto, os mesmos também apresentam argumentos que são negativos, fazendo crítica à grande carga horária que é destinada a esta semana, tornando-a cansativa, e a quantidade de informações para serem absorvidas de uma só vez. Os temas abordados são, em sua maioria, novidade para muitos ingressantes, e podem parecer muito subjetivos já que aparentemente fogem do que eles esperam do curso de enfermagem. Um recém estudante de enfermagem, na sua primeira semana de aula espera por aulas de anatomia, onde se é apresentado o corpo humano e seus variados sistemas, este calouro tem ancia por aulas de administração de medicamentos, feridas e quer logo aprender as medidas

básicas de primeiros socorros. Porém o que elas e eles encontram vai de total oposição a isso, é proposto um debate de temas que dificilmente serão colocados nas ementas das disciplinas do currículo, e que não deixam de ser fundamentais para a formação de um indivíduo. Tudo isso foge do esperado pelos calouros, e pode tornar a percepção da semana cansativa e extenuante em alguns casos. Para os construtores do evento, esta é, sem dúvida, uma experiência que proporciona um crescimento imensurável, por envolver um desenvolvimento de diversas capacidades do indivíduo e auxiliar na ampliação de uma consciência crítica elaborada a partir dos debates da construção dos espaços e nos próprios espaços de discussão, em que os construtores tornam-se também protagonistas de todo o processo. Considerações finais: Na construção das semanas de calouros torna-se necessário um maior envolvimento dos integrantes do diretório acadêmico e dos demais estudantes, que apoiam a construção da mesma no intuito de tornar a programação mais atrativa aos ingressantes aliando no auxílio ao desenvolvimento de uma consciência mais crítica nestes. Para tanto, o desafio é o desenvolvimento de novas metodologias de inserção dos calouros nos espaços ao longo da semana e, posteriormente, tornarem-se indivíduos atuantes tanto dentro da escola de Enfermagem e universidade, quanto no âmbito da sociedade, sempre refletindo sobre o que acontece e deixando neles um sentimento de inquietude. A Semana de Calouros é um espaço em que o Diretório Acadêmico é o principal guia dentro de um novo mundo a ser descoberto, então ele passa a ser explorado e questionado a todo momento sobre as questões do mundo acadêmico. É nesse momento de articulação que o coletivo tenta trazer mais estudantes para sua base, numa tentativa de despertar o interesse pelo movimento estudantil. Construir uma semana de calouros significa compromisso em nortear novas pessoas a trilhar os mais distintos caminhos que podem ser escolhidos, a despertar uma consciência crítica para as problemáticas de uma universidade pública, de um SUS de uma sociedade desigual. É uma tentativa de buscar a reflexão dos estudantes sobre as condições que se encontra a profissão que foi escolhida, o reconhecimento que esta tem socialmente, aliada com as questões de gênero e a divisão social do trabalho. Dessa forma é apresentada a futura profissão, na maioria das vezes com a desconstrução de alguns pensamentos que foram percussores da escolha do curso.

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO COMO FATOR DE CONSCIENTIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DO COLO DE ÚTERO**

Geovânio Brito Lima¹

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

E-mail: geo.brito84@gmail.com

Palavras-chave: Educação em Saúde, Prevenção, Colo de Útero.

Temática: Enfermagem e Educação Popular em Saúde

Educação em saúde é definida como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida. No Brasil existem cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou), faixa etária onde mais ocorrem casos positivos de câncer do colo do útero. A consequência são milhares de novas vítimas a cada ano. Mulheres que, se tivessem tratado a doença a tempo, poderiam estar vivendo hoje uma vida normal. O colo do útero é revestido, de forma ordenada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Na maioria dos casos, a evolução do câncer do colo do útero é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoces da doença advindos de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos

companheiros. Embora o exame citopatológico (Papanicolaou) tenha sido introduzido no Brasil desde a década de 50, a doença ainda é um problema de saúde pública. As taxas de mortalidade referentes ao período de 1979 a 1998 evidenciam uma elevação de 29% (de 3,44 para 4,45 por 100.000 mulheres). Seu pico de incidência situa-se entre os 40 e 60 anos de idade, sendo pouco freqüente abaixo dos 30 anos. Estima-se que cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tenham sido submetidas ao exame citopatológico (Papanicolaou). Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos. A detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas (rastreamento), por meio do exame citopatológico (Papanicolaou), permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. A faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero é dos 35 aos 49 anos de idade, período que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e antecede o pico de mortalidade pelo câncer. Além disso, ações que visem reduzir a exposição aos fatores de risco, principalmente tabagismo e infecção pelo HPV, devem ser encorajadas. Objetivo do trabalho foi alertar e conscientizar de forma educativa e participativa as famílias de uma comunidade no bairro URBIS IV na cidade de Santo Antonio de Jesus-BA quanto à realização do exame de prevenção do colo de útero, em vista, das dificuldades encontradas na comunidade principalmente pela ESF o Programa de Prevenção do Colo de Útero e principalmente o desconhecimento, receio, mitos e tabus quanto à realização do exame preventivo, sendo este uma das doenças que mais acometes e mata mulheres, sendo um assunto delicado tratar sobre o HPV papilomavírus humano causador do câncer de colo do útero, foi criado proposta de um trabalho que não fosse enfadonho cansativo para quem estava participando como ou ouvinte ativo. Apesar de o público alvo ser mulheres da comunidade, no entanto, foi informado que deveriam comparecer todos os familiares incluindo os maridos e outros homens da casa. Sobretudo foi amplamente divulgado a importância da educação em saúde sendo esta um processo dinâmico em que a pessoa, o grupo e a comunidade aceita ou rejeita novas informações, novos comportamentos frente a um problema de saúde, segundo. A educação na enfermagem cria e utiliza conhecimentos sistematizados, direcionados para a solução de problemas à saúde e os seus instrumentos constituem parte desse conhecimento, que ensina e aplica a prática com responsabilidade e compromisso, constituindo uma parcela da profissionalização da enfermagem. Ao abordarmos a necessidade de sistematizar nossas ações enquanto educadores fazem-se necessário considerarmos que na nossa prática de ensino e atuação como profissional requer um planejamento prévio. Com esta compreensão, o ato de planejar no tema abordado, deve ser entendido como a orientação de um processo em busca de novos caminhos, novas soluções, encaminhamentos e possibilidades para alcançar as mudanças. Assim, é preciso entender o processo do planejamento como processo educativo. Esse trabalho buscou de forma planejada formas didáticas diferenciadas, como no caso, o uso de teatro para alcançar o objetivo de informar, conscientizar, educar e fomentar a comunidade quanto à realização do exame preventivo do colo de útero. Sendo assim foi priorizada a participação dos presentes na realização da ação educativa usando as seguintes metodologias: 1 - Apresentação dos componentes da equipe e da temática proposta. 2 - Realização de questionamentos para os presentes no evento sobre o tema abordado, a fim de colher informações e ter noção sobre até que ponto cada um sabe sobre o assunto para poder por meio disso então envolver-los no evento. 3 - Após esta introdução daremos um pouco de

informação aproveitando o que nos foi passado por eles, e dando prosseguimento, a dramatização os auxiliará na compreensão melhor do tema proposto. 4 - Apresentação da história “Maria tem medo do papanicolau”, apresentação em forma de teatro onde se discutem dúvidas sobre o preventivo ginecológico, quebrando tabus e mitos sobre o mesmo. 5 - Discussão, em círculo, sobre a história e encenação apresentada, enfocando a vantagem de fazer o exame regularmente, os perigos de não o fazer, os mitos existentes e questionando se é verdade pontos que foram apresentados e o que elas acreditam que se pode fazer para mudar caso haja algo de parecido ocorrendo com algum conhecido. 6 – Ao fim convidaremos todos para fazerem comentários ou relatos que achem interessante sobre os assuntos e depois uma merenda para encerrar o evento nesta metodologia incluía recursos materiais como folder, canetas coloridas, lápis de cor, CD e aparelho de som o que nos garantiu um efeito mais empolgante e descontraído. Durante a ação educativa a discussão permeou o conhecimento de cada um que estava na assistência, valorizando o conhecimento e informações corretas destes, e corrigindo de forma cautelosa o que era incoerente. Apresentaram-se dados informativos quanto às ocorrências de câncer de colo de útero, como identificar algo diferente em seus órgãos genitais e a importância de se conhecer, se tocar. Durante essa discussão entrou a apresentação teatral que chamava a atenção pra uma senhora fictícia chamada Maria o título da encenação era: “Maria Tem Medo do Papanicolau” contando a historia de uma senhora de 35 anos de idade casada a mais de 10 anos com seu Ademir, “fictício”, que tem 45 anos de idade. E que este senhor era preconceituoso por desconhecer o exame do papanicolau e não permitia que sua esposa fosse busca a ajuda na Unidade de Saúde. No íterim foi observado a atenção de cada um presente, seus comentários a fim de conseguir galgar informações úteis que pudessem ser tratados no momento da ação educativa. Apresentaram dados informando que a cada ano mais de 500 mil novos casos de câncer de colo do útero diagnosticados, é o segundo tipo de câncer que acomete as mulheres, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres por ano. No Brasil, para 2010, na então apresentação, é esperado 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Foi deixado bem claro que o surgimento do câncer do colo do útero está associado à infecção por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV. Outros fatores de risco são o tabagismo, a baixa ingestão de vitaminas, a multiplicidade de parceiros sexuais, a iniciação sexual precoce e o uso de contraceptivos orais. Estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por este câncer a partir do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ". Para tanto é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como do tratamento das pacientes. Com as informações dadas suscitou questões, curiosidades levando a um diálogo entre quem estava realizando a ação educativa e quem estava galgando as informações por estes. Criou se um clima descontraído e objetivado no qual, muitos pôde questionar o que também motivaram outros inclusive os mais tímidos a igualmente questionar, sem receio de uma resposta inescrupulosa ou um você ta errado nisso. Muitos ao questionarem já diziam a iniciar suas palavras – estou aqui pra aprender então vou perguntar isso-, assim condiziam seus questionamentos ou pensamentos sobre o assunto abordado. A motivação também levou alguns a questionarem sobre coisas mais intimas que, no entanto, preferiam fazer isso pessoalmente tirando suas duvidas e fazendo seus questionamentos, obtendo estes orientações devidas baseado em conhecimento científico, porém, com terminologia mais comum o que facilitava o entendimento de todos os presentes. A discussão ocorreu em circulo o que possibilitou a participação de todos onde

todos se viam, e é um método pedagógico que possibilita uma interação ampla entre os participantes. Em seguida prosseguiu-se com uma avaliação descontraída pedindo para que cada um escrevesse ou desenhasse sobre o que foi abordado e explicasse cada desenho ou informação posta nestes cartazes. Os resultados foram gratificantes onde se observou desenvolvimento do grupo apreciador da ação, o entendimento, o sanar das dúvidas, os questionamentos levantados e as respostas muitas vezes vindas pelos próprios participantes. Esses resultados foram a confirmação de que se alcançou o objetivo esperado, o qual era a informação educacional induzindo e conscientizando o sujeito com esclarecimentos claros para a realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, bem como transformá-los em multiplicador do conhecimento. Reproduzindo este conhecimento com a comunidade, família e outros participantes componentes de seu meio social. Observou-se que a timidez foi posta de lado e que visando o conhecimento perguntavam sem receio a fim de ter o esclarecimento desejado e dentre eles questionando quando ocorreria novamente outra ação educativa como a que eles haviam acabado de participar.

REFERÊNCIAS:

Documentos eletrônicos:

INCA- Instituto Nacional de Câncer – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140

Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico Profissional de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf

Câncer de Colo do Útero. ABC da Saúde. Disponível em:

<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?688>

Caderno de Educação Popular e Saúde. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA INCLUSÃO DO PORTADOR DE SÍNDROME
DE DOWN NA SOCIEDADE.**

Argemille Bastos Lima

Juliana Laurentino Rosas

Mércia Bastos Lima

Introdução: Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética bastante comum entre os humanos. Essa cromossomopatia provoca mais deficiência mental que qualquer outro tipo de doença. Estima-se que no Brasil tenha 110.000 casos notificados. Geralmente ocorre pela presença de cromossomos extras, o de número 21, mas pode ocorrer também devido a casos de translocação e mosaicismos. A possibilidade de nascer uma criança com essa síndrome aumenta com o avanço da idade materna. Não tem cura, porém com certas intervenções do profissional de saúde sua condição de vida pode melhorar, ajudando na sua inserção social. O diagnóstico de SD pode ser realizado ainda no berçário. A presença de uma criança atípica pode ocasionar desagregação familiar. A Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici, permite compreender a maneira como as mães apreendem as crianças portadoras e como elas se organizam e orientam suas ações em relação ao filho. Ao nascer uma criança com SD muitas vezes, a própria mãe demonstra descrédito e frustração, agindo de modo a perpetuar e acentuar as limitações e incapacidades do mesmo, não deixando realizar tarefas que poderiam ser de cunho pessoal. Essas crianças desfrutam de uma imagem negativa e com demasiado preconceito. Parte da problemática associada à deficiência e os

indivíduos acometidos são representações existentes na sociedade, mais do que as próprias limitações ocasionadas pela condição. É necessário que o enfermeiro possa atuar nesse processo de socialização, principalmente no âmbito familiar. O desenvolvimento infantil é influenciado pelo ambiente imediato ao seu redor. Compreender a representação da mãe acerca de seu filho é de extrema importância, pois estaria restringindo ou ampliando as oportunidades de desenvolvimento da criança, bem como as possibilidades de integração social. O enfermeiro frente a essa situação deve orientar a mãe sobre a importância do afeto no desenvolvimento do seu filho, principalmente durante os primeiros anos de vida, e também sobre os cuidados e a importância de estimular e atuar de forma adequada para que o mesmo seja satisfatório. É extremamente importante assegurar que a nenhuma criança com a Síndrome de Down se permita perder os primeiros anos de vida e o potencial que tem ao nascer, ajudando a desenvolver seus talentos ao máximo, quaisquer que sejam, e remover o preconceito que tem existido por tanto tempo em torno da mesma. Deve analisar adequadamente o desenvolvimento dessa criança, pois apresenta um atraso, esperando-se que exiba comportamentos correspondentes a grupos etários mais jovens do que aquele que se encontra. É importante fornecer a família orientações de assistência, cuidados, compromisso e responsabilidade para a criança. É dever do profissional retirar as dúvidas que a mãe possa obter com a chegada do seu bebê e prestar os devidos cuidados, ensinando técnicas higiênicas, alimentares e de estimulação precoce que poderá permitir um ajuste melhor da família. O enfermeiro deve orientar sobre as dificuldades que por ventura a mãe possa ter na amamentação devido a hipotonia muscular, provocando um maior tempo de abertura da boca devido a protusão da língua. Juntos profissional e mãe devem estabelecer medidas que viabilize esse ato, pois apesar das dificuldades é de muita importância devido a proteção imunológica conferida, estimulação precoce da musculatura da bucal e facial e, especialmente, pelo aumento do elo entre o binômio mãe e filho. CHEVALLIER (1993) denota que estudos sobre as representações sociais têm dupla finalidade: situar os indivíduos numa postura de disponibilidade interna em relação ao conhecimento e às habilidades para lidar com o problema e minimizar ao máximo as interferências negativas das representações nas atitudes e comportamentos deles. Há tendência de a criança sofrer rejeição e marginalização, que são respostas mais comumente apresentadas, segundo a percepção materna. O que impede de dividir o mesmo espaço com pessoas não deficientes. A mãe sofre um verdadeiro impacto emocional frente ao conhecimento da condição do filho. A ambivalência constitui um padrão de resposta afetiva das mães afetadas. Sendo assim, elas amam e aceitam ou definitivamente desgostam e rejeitam sua prole. O enfermeiro deve estar apto a adotar condutas de assistência não só a criança, mas também a mãe, denotando suas fragilidades e atuando nelas, caso seja necessário encaminhar para um

profissional que seja mais indicado para o enfrentamento do caso. Passou-se da marginalização para o assistencialismo e deste para a para a educação, reabilitação e integração social (AMARAL, 1995). Entretanto, esse processo ocorre de maneira não-linear, coexistindo diversas e divergentes posturas, que direcionam as práticas e políticas públicas no país. A puberdade engloba alterações comportamentais no indivíduo, é durante esse período que evidencia maior agressividade e isolamento, perdendo com isso oportunidades de interagir socialmente. Isso geralmente ocorre com pessoas que tem dificuldade de comunicação e possuem poucas habilidades desenvolvidas. Adota a classificação, como ocorre normalmente durante esse período, mantendo mais relações com outros portadores e familiares. Nota-se dificuldade desse adolescente em se adaptar a novas situações, é maior que em outras pessoas, mas pode ser superada. Isso deve ser evidenciado pois esse é um período marcado por muitas transformações. É muito importante para o desenvolvimento, os núcleos de apoio, que é o ambiente onde passa a maior parte do tempo, vivenciando experiências com as pessoas do grupo e ao mesmo tempo criando vínculos, favorecendo sua inserção de maneira efetiva. O enfermeiro deve criar um ambiente propício para a socialização, incentivando as iniciativas, criação de vínculos, os relacionamentos com diversas pessoas. O preconceito e o estigma podem ser considerados fatores de agravos em relação à vulnerabilidade da pessoa com deficiência no âmbito da vida sexual e reprodutiva. Sexualidade independe de deficiência. Pessoas com SD têm direito de ter sua experiência de forma gratificante, semelhante a indivíduos comuns. Muitas vezes isso não ocorre com frequência. Os pais do portador tratam os filhos num padrão infantil de comportamento, pois temem assumir as possíveis consequências de um relacionamento sexual que pode ocasionar gravidez com risco de reincidência da síndrome. Os profissionais de enfermagem devem estar aptos para orientá-los sexualmente e harmonizar a atitude dos pais diante deste caso, mas reconhecem a dificuldade e repressão quando tentam fazer isso. O desenvolvimento psicossocial vai sofrer influência das circunstâncias de vida nas quais ele se encontra. Enquanto os pais vêem o filho num contexto de infantilização, os profissionais afirmam que as pessoas com SD são inteiradas nos assuntos de cunho sexual. O casamento da pessoa com SD já é uma realidade. Os pais assumem uma postura menos permissiva sobre a viabilidade de casamento para seus filhos. Porém, ainda constam barreiras que tendem selecionar deficiente e não-deficientes, reforçando a idéia que o grupo menos favorecido só pode assumir relacionamento entre si. Os pais colocam condição de independência financeira e maturidade emocional, mas os profissionais propõem que os pais mantenham com seus filhos um apoio, sendo indispensável nesse caso. Quanto a reprodução, pais e profissionais não consideram viável para pessoas com SD. O enfermeiro deve informar sobre a alta probabilidade, chegando a ser de 50% com reincidência da síndrome ou

levaria a abortos espontâneos pela inviabilidade do conceito, devendo orientar um aconselhamento genético, ajudando assim na busca de decisão. É preciso saber a diferença entre deficientes e portador de deficiência. Todos podem ser deficientes, desde quando há alguma alteração, seja ela qual for, diferenciada das demais consideradas dentro do padrão da normalidade. Tratar o portador de SD como meros deficientes, pode ser considerado uma atitude errônea, quando eles não são impossibilitados de executar alguma atividade. A igualdade não pode ser reduzida a um fator físico. Felizmente, essas pessoas estão obtendo direitos que poderão favorecer sua inserção, e a sociedade já está sabendo encarar com mais solidariedade essas diferenças. **Objetivo:** verificar a atuação do profissional de enfermagem com os portadores de deficiências, analisarem quais os recursos utilizados para um bom aproveitamento no desenvolvimento dos deficientes com a síndrome de Down, bem como saber as maiores dificuldades encontradas em lidar diretamente com os portadores. Denotar a participação do enfermeiro durante o desenvolvimento de um paciente com SD orientando também a família para promover seu desenvolvimento pleno. Viabilizar maneiras para promover uma significação para esse sujeito, assim como, uma conseqüente autonomia, principalmente nas relações na sociedade. Conseqüentemente, ajudar na inserção desse indivíduo, ajudando a vencer suas limitações. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica realizada através de publicações e monografias disponíveis online que enfoca o tema Síndrome de Down sob diversos eixos. A pesquisa tem caráter descritivo, percorrendo de forma detalhada o tema discutido. Para isso, foi utilizado o livro *Para entender a Síndrome de Down* com autoria de Fátima Alves, onde obteve, de forma completa, vários aspectos da síndrome. **Resultados :** Há uma luta acerca do preconceito e principalmente das dificuldades encontradas que atingem as pessoas portadoras da síndrome de Down, a começar pelos próprios familiares. O portador de SD desde seu nascimento, está determinado a vencer suas limitações. A ação do enfermeiro nesse contexto, está sendo visualizada de forma plausível, conseguindo atuar de maneira adequada para viabilizar essa inclusão. É preciso dar devida importância às fragilidades dos portadores como uma deficiência qualquer e aceita-los respeitando-os como humanos que possuem uma sensibilidade bastante aflorada e deve ser seriamente analisada. Com isso, não constitui dizer que é preciso isolá-los das demais pessoas que não possuem a síndrome, pois a inserção faz parte do desenvolvimento delas, destacando seu comportamento frente aos demais. Muitas barreiras vêm sendo rompidas pelos portadores dessa deficiência, pois há pessoas com a S.D. estudando, trabalhando, vivendo sozinhas, chegando às universidades. **Discussão:** A atuação do enfermeiro deve ser qualificada, tornando-os aptos a encarar a vida social. O enfermeiro não poderá negar assistência aos portadores, pois o compromisso está com a saúde do ser humano. O acompanhamento de todo o trajeto de vida requer

determinação principalmente dos responsáveis, pois os deficientes necessitam de todo estímulo e aprendizagem, uma vez que não conseguem resolver, raciocinar, comunicar sem a interferência do adulto. Portanto, os enfermeiros bem como os pais necessitam estarem preparados a lidar com o portador Down na tentativa de minimizar as dificuldades, gerando bons resultados no crescimento e principalmente na adaptação deste deficiente com outras crianças portadoras ou não e com o mundo rodeado de pessoas que as receberão sorrindo e outras virando as costas, ignorando e repudiando-as.

Palavra chaves: Síndrome de Down; enfermagem; inclusão.

A IMPORTÂNCIA DO RESGATE DA HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA ÉTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.

Cláudia Quézia Amado Monteiro¹

Analine de Souza Bandeira²

Maynara de Sousa Macedo Ferreira³

INTRODUÇÃO

A humanização é uma prática importantíssima para a assistência, e está totalmente ligada ao sentido da ética na profissão. A Política Nacional de Humanização (PNH), diz: *Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2004).* O processo de trabalho em enfermagem torna-se o campo para exercer essa humanização como prática ética, partindo pelo pressuposto dos princípios ligados ao cuidador e ao ser cuidado. Vêm se discutindo no ambiente acadêmico a importância de um olhar humano através da técnica associados ao ato de cuidar. O presente artigo trabalha conceitos e empecilhos que norteiam a ética e a humanização desde a academia até a vida profissional, propondo que haja um resgate desses conceitos tão importantes vistos que serão a base para nossa vida profissional de anos consecutivos. **OBJETIVOS:** O presente trabalho mostra-se interessado em alertar os profissionais da enfermagem, bem como os próprios estudantes, a fundamental importância em resgatar conceitos entrelaçados com a prática assistencial do enfermeiro. Aqui abordamos a ética e

humanização como indissociáveis e essenciais ao profissional enfermeiro, que antes de tudo, é um ser e, portanto espera-se uma conduta humanizada e que esta se desenvolva desde a formação e sirva como base para uma assistência completa oferecida a população até os últimos dias de exercício profissional. Objetivamos ainda, sensibilizar os gestores, afim de que estes compreendam que o espaço de trabalho é um determinante para a realização de uma assistência humanizada, visto que o enfermeiro por si só carrega muitos deveres que serão certamente minimizados onde exista uma gestão participativa, de atitudes éticas e concretas, resultando por fim em uma assistência prestada a toda população com equidade, dignidade, integralidade e eficiência. **METODOLOGIA:** Este estudo foi construído através do levantamento de dados encontrados na literatura já existente e das necessidades visualizadas na prática pertinentes ao tema. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados da Scielo e livros, onde foram consultados artigos originais sobre os temas e palavras chave como: ética, humanização e processo de trabalho em enfermagem. Portanto, corresponde a uma pesquisa qualitativa e descritiva. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

Humanização e ética, conceitos primordiais. De acordo com a CEPE (código de ética profissional da enfermagem): *A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. (CEPE, 2007).* Portanto é um dever intrínseco ao enfermeiro prestar uma assistência humanizada. Muito embora o que observamos na prática assistencial, é uma conduta contrária a premissa emitida pelo próprio código de ética que rege o profissional de enfermagem. Antes de tudo para se entender a relevância da temática, é preciso refletir a cerca de certos conceitos que a norteiam. O primeiro deles seria a Humanização. Basicamente a palavra se refere ao ato de ser humano, onde todos em nossa essência primordial são, ou deveriam ser. Características estas que os distinguem dos animais, como linguagem e percepção consciente, portanto a possibilidade de organizar idéias e executá-las de forma inteligente. Porém nem sempre apenas essas características levam o indivíduo a desenvolver um processo de humanização, pelo contrário, por vezes o que se observa é a desumanização do ser, produto de subfatores que aqui nomeamos de “empecilhos à humanização”, refletindo em sua vida diária, no caso dos profissionais de saúde, na sua prática. Neste ponto, é que retratamos a importância do resgate, pois o que se concretiza na atualidade é que cada vez mais os profissionais de saúde perdem essa essência humanista e passam a desenvolver em si um modelo mecanicista, refletindo essa postura na prática. (Trezza; Santos; Leite, 2008). O segundo seria a própria ética que se refere a conduta humana seus atos pessoais e públicos. Trazendo para a realidade aqui apresentada, percebe-se que estes conceitos estão estritamente relacionados, principalmente quando caminham ao longo de uma trajetória de vida que conduzirá a um ato favorável ao processo de humanização inicialmente em si e depois em atitudes cotidianas. Relacionar humanização e ética permite perceber que a primeira é um exercício prático da segunda. Quando um ser é humanizado em sua forma de vida, isso o condiciona a desenvolver atos e atitudes humanizadas. Podemos avaliar isto partindo do pressuposto pela CEPE, onde “A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.” (CEPE, 2007) A questão é que existe um comprometimento da enfermagem com a população/comunidade. **Humanização na academia:** No processo de formação do enfermeiro e de qualquer profissional de saúde, é perceptível a necessidade do resgate a humanização. Por ser a academia um meio de entrada dos indivíduos num mundo profissional

especializado, é deste que parte as primeiras características que acompanharão o ser durante toda a sua trajetória profissional. Baseado nos ditos de Rago e Moreira (1984), ao mesmo tempo que percebemos a grande relevância da academia, visualizamos no seu dia a dia a deficiência da prática humanitária. Onde o modelo de formação é quase que comparável ao Taylorismo “produção em massa”, preocupa-se demasiadamente com a técnica e todos os métodos de assistência do enfermeiro para com o cliente, e deixam-se cada vez mais ao longo dos períodos de graduação, lacunas que não são direcionadas a construção do pensamento de assistência voltada para as questões sociais, das necessidades humanas, da precisão da humanização, de aliar os conhecimentos científicos e biológicos aos conceitos humanísticos, afim de que estes não se dissociem ao longo da graduação e perdurem até o fim da vida profissional. O que se oferece são longas aulas e horários integrais, as universidades através dos professores submetem os alunos a um sistema forte e desumanizado, vendo seus integrantes como potenciais receptores de informações quase que maquinários, desconsiderando sua singularidade, seus problemas, medos e anseios, condições de vida e saúde. É preciso humanizar a partir da base, tendo em vista que a enfermagem não deve se submeter ao modelo biomédico focado no procedimento, na doença, na cura, e não no ser que as conduzem e/ou possuem. (Trezza; Santos; Leite, 2008) Com todo esse sistema, é implantado um regime desumanizado, desenvolvendo nestes futuros profissionais da enfermagem, um processo de desumanização, contrapondo-se a proposta básica e essencial do cuidar. As disciplinas como sociologia e certos fundamentos, servem de base para intensificar a discussão e a compreensão sobre o processo de humanização, mas por vezes são minimizadas e desvalorizadas em detrimento das disciplinas de caráter técnico. O reflexo disso é a cronificação da falta de humanização, visualizada no processo de trabalho em enfermagem. **A humanização do cuidado e a humanização do cuidador** : No âmbito prático é também observado essa dificuldade de resgate. Um dos maiores empecilhos a humanização nas práticas hospitalares e/ou de instituições de saúde, são as condições de trabalho. Os profissionais não possuem muitas vezes “campo propício” de trabalho, condições básicas e humanizadas que possibilitem a construção de uma assistência humanizada. Sentem-se prejudicados por precariedades (leia-se falta de instrumentos, materiais etc.), por salários irrisórios e muitas vezes por repressão, tanto de outros profissionais que se posicionam como “superiores”, como também a falta de respeito ao profissional caracterizado por todos os tipos de assédios. O meio é reflexo da atitude e posicionamento do profissional. Portanto, quando não existem boas condições de trabalho a tendência é ter-se uma assistência menos humanizada, tornando-se ineficaz e duvidoso à proposta essencial do cuidar. (Backes; Lunardi; Filho, 2006.) Para Boemer e Sampaio (1997), as condições psicológicas dos cuidadores também é um fator decisivo na assistência humanizada. Os trabalhadores de saúde lidam diariamente com dois fatores que influenciam na prática ética humanizada, a vida e a morte. O caminho para cura é árduo e cansativo psicologicamente, e muito mais quando esse caminho é interrompido ou desviado pela morte. A proximidade do paciente ao profissional tanto permitem uma relação de influencia, como também um envolvimento emocional diante do processo que o doente está passando. É preciso ter uma reflexão sobre os princípios éticos primordiais que rodeiam o processo de trabalho em enfermagem, presumindo, uma melhora na assistência dos enfermeiros ao receptor do cuidado - o cliente - de forma singular, afável e solidária, buscando o resgate da humanização e a consciência da ética como prática do processo de trabalho em enfermagem. (Backes; Lunardi; Filho, 2006.) **Outros fatores que favorecem a assistência humanizada:** A humanização como processo

interpessoal e interdisciplinar requer a participação de várias áreas que atuem conjuntas favorecendo a consolidação dessa prática ética. Partindo desse ponto, determina-se o Estado como um participante extremamente importante para o processo de trabalho em enfermagem, pois este se posiciona como um fornecedor de características humanísticas que serão base para práticas não só de saúde como de muitas áreas que estão ligadas aos seres humanos. Assim a política faz parte da humanização, mostrando que o Estado deve participar efetivamente tanto no polo ativo quanto passivo para que haja essa "humanização". Considera-se também, a grande influência do sistema capitalista, onde o homem é considerado como máquina, e é avaliado pela produção do capital que fornece. Com isso, o sistema condiciona a forma das práticas e isso influencia de forma pesada as ações assistenciais, pois a humanização é um processo que requer tempo e valorização da pessoa como ser subjetivo, e para o capitalismo tempo é dinheiro, ou seja, perde-se a essência humanista quando se caminha a favor do sistema. (Rago; Moreira, 1984.) O capitalismo tornou o ser humano egoísta e com o espírito de consumismo, deixando de pensar no próximo e parando de participar da vida da sociedade, traindo assim o sentido da Enfermagem como prática social e ética, não possibilitando o fortalecimento de uma relação de empatia com o indivíduo (comunidade, família e pessoa). É preciso resgatar esses pressupostos para que sirvam de base para prática ética da humanização na sociedade. (Trezza; Santos; Leite; 2008). Os gestores de saúde concomitantemente com o Estado têm papel primordial nesse processo, pois quando o meio condiciona e favorece o resgate da humanização nos profissionais, os pacientes que são privilegiados, recebendo tratamento humanizado e minimizando suas dores tanto físicas como sociais de forma mais eficaz. Para se obter uma assistência humanizada por partes de profissionais, é preciso ter condições favoráveis que permitam o bom andamento do processo de trabalho como sendo humanizado. Isto também é possibilitado quando a equipe de saúde fornece esse meio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O resgate da humanização no processo de trabalho de enfermagem é um proceder contínuo e primordial. Assim, torna-se necessário a constante reavaliação das práticas éticas do enfermeiro no âmbito de sua assistência e de sua conduta, desde sua formação acadêmica. Esse processo é também direcionado por gestores que como os profissionais de saúde devem rever suas propostas de humanização e ética, executando e propondo políticas públicas que proporcionem uma eficaz assistência. Para que tudo isso aconteça, é preciso sensibilizar a gestão para que esta compreenda as reais articulações que devem ser realizadas no meio de trabalho obtendo-se resultados potencialmente positivos na assistência, sejam estas articulações vinculadas às necessidades materiais, físicas, sociais e humanísticas que culminarão numa assistência digna à população. Espera-se por fim que haja a valorização do trabalhador com conseguinte mudança nas práticas do enfermeiro, possibilitando um interesse maior do profissional por buscar o resgate destes valores que aqui consideramos essenciais ao indivíduo, a ética e a humanização, de modo a valorizar suas particularidades, assim concomitantemente a ele encarar os problemas propostos utilizando de recursos construídos juntos.

Palavras-chave: Humanização, Enfermagem, Ética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005. Disponível em: Scielo.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005. Disponível em: Scielo.

RAGO, L. M.; MOREIRA, E. F. P. **O que É Taylorismo Brasileiro**, 1984.

DESLANDE, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf> [link]. Acesso em: 15 de abril 2011.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14 n.1 Ribeirão Preto jan./fev. 2006. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100018&lng=pt&nrm=isso. Acesso em : 16 de abril 2011.

BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.5 n.2 Ribeirão Preto abr. 1997. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691997000200005&lng=pt&nrm=isso. Acesso em : 15 de abril 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 15 abril. 2011.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev Brasileira Enfermagem**, vol.61 no.6 Brasília Nov./Dez.2008. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600019. Acesso em: 16 de abril 2011.

¹Graduanda em Enfermagem. UFPB. Relatora. Rua: Josiara Telino, 370, Jardim São Paulo, João Pessoa-PB. Email: claudiaquezia@hotmail.com

²Graduanda em Enfermagem. UFPB.

³Enfermeira. Graduada na Faculdade Santa Emília de Rodat. Mestre em ciências da saúde, pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo.

A QUALIDADE DA SAÚDE EM FACE DA NÃO PRIVATIZAÇÃO: revisão bibliográfica

ARAÚJO, Edna Marília Nóbrega Fonseca¹

FIGUEIREDO, Dayse Alves²

ROMÃO, Tainá de Araújo

Introdução: Anteriormente ao SUS a saúde pública não era reconhecida como direito individual; apenas a saúde coletiva era de disponibilidade universal, pois o Estado tinha a necessidade de garantir proteção a sociedade dos riscos sociais e dos perigos, além disso era de responsabilidade do mesmo disponibilizar assistência à saúde do trabalhador protegendo a mão-de-obra e portanto o capital, tendo em vista a busca de seus próprios benefícios sem se preocupar na pessoa física. O poder público disponibilizava hospitais públicos, principalmente os de atendimento de urgência e pronto-socorro, só que sem ser estes dever do Estado e direito do cidadão. Diante deste contexto este trabalho tem o objetivo de fazer um levantamento a cerca do tema não privatização da saúde de 2007 a 2010, onde este tem o intuito de preservar dois princípios fundamentais do Poder Estatal, que são a dignidade da pessoa humana e o acesso gratuito a saúde, onde podemos afirmar que no Brasil, a saúde é considerada como direito, também fundamental, de todo ser humano. Desta feita, a saúde deverá ser uma garantia oferecida pelo Estado. Metodologia: Trata-se de um estudo bibliográfico de natureza qualitativa, realizado na Biblioteca do Centro Universitário de João Pessoa (Unipe), através de livros e revistas sobre o tema em estudo e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) os quais fundamentaram a preparação deste trabalho. A palavra utilizada para a pesquisa na BVS foi privatização-saúde onde foram selecionados 1728, em seguida, após o refinamento do idioma obteve-se 97 onde destes apenas um foi selecionado para estudo (A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS). Análise e discussão dos resultados: O SUS tem a finalidade de ser, como o próprio nome afirma, um sistema único para oferecer um serviço de saúde adequado. Sendo único e efetivo em prol de uma saúde de qualidade e universal para todos. Nele é trazido instrumentos de participação populacional e no processo de decisão e, também, para a ampliação deste acesso aos serviços nos seus diferentes níveis de complexidade. As características do SUS são: a- universal; b- integral; c-

equidade; d- descentralizado; e- regionalizado; f- hierarquizado, g- participação do setor privado; h- tem racionalidade; i- eficaz; j- eficiente; e l- conta com a participação popular. Sendo, desta feita, um sistema essencial na vida de todo brasileiro. De acordo com o artigo “O SUS pode ser o seu melhor plano de saúde”: “A saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado. Mais que isso, a saúde é item de relevância pública, o que assegura a participação do Ministério Público na fiscalização do cumprimento das leis. O SUS é um sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado (um hospital, por exemplo), quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público”. Existem algumas ações, sejam elas através de programas ou qualquer outra forma que o SUS tem, que provou a existência da qualidade dos serviços prestados, deverá ser a partir disso analisado que o SUS poderá dar certo, se assim for manifestadamente de interesse dos próprios políticos e profissionais da saúde. Prova disso, é que muitos brasileiros ao serem atendidos pelo SUS estão satisfeitos pelo serviço que recebem. Não podemos negar que existem muitos defeitos e até caos dentro desse sistema sanitário. Contudo, mediante o que for encontrado em relação aos defeitos, deverá, então, ser buscado soluções adequadas para tais. Sejam estes também buscados através de recursos financeiros ou de políticas sociais. Segundo Francisco Batista Júnior, presidente do Conselho de Saúde, “essa lógica (da privatização) vem se aprofundando. Privatizaram as ações, depois a força de trabalho e agora a gestão”. Desta feita, este sistema deveria, de maneira adequada, proporcionar a toda a população todos os tipos de serviços, sejam estes desde ações preventivas e de promoção a saúde até serviços de recuperação, sendo complexos ou não. Para isso, faz-se necessário que haja um vínculo de responsabilização para com os usuários. A partir disso, podemos demonstrar que o Estado quer propor a responsabilidade de oferecer uma qualidade maior no sistema estatal da saúde privatizando-a, dando, com isso, a transferência da gestão hospitalar para a iniciativa privada, não sendo esta uma saída adequada, vez que existem verbas para tal. Um dos fatores que contribuem, também, para a referida transferência é o fato que é interessante para a iniciativa privada cessar o serviço público, dando uma maior lucratividade ao particular. O governo para permitir que haja essa privatização faz com que haja a restrição de recursos financeiros, seja isto restringindo políticas econômicas como também financiamentos políticos. Diante do que é necessário fazer, a privatização não poderá ser realizada em virtude de vários fatores, dentre alguns está a limitação do acesso a saúde, infringindo imposições constitucionais. Contudo, para evitar-se essa transferência, podemos enumerar algumas condições que evitem a referida privatização, a primeira e a principal destas, podemos afirmar que é a indução da utilização das verbas públicas da melhor maneira possível. Sendo esta utilizada de forma adequada, será desencadeada outras condições perceptíveis para o melhoramento da saúde, dentre estas estão: o aumento do efetivo do quadro de profissionais da saúde, a exemplo de médico, enfermeiros, técnicos, etc.; também há a melhoria salarial para os profissionais citados e, principal desta, a qualidade do serviço prestado, oferecendo equipamentos e tratamentos de última geração. Neste sentido, podemos afirmar a partir do artigo 33 da lei de nº 8.080 de 1990, que há uma garantia que “os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentado sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde”. Podemos perceber que, a partir desse artigo mencionado, que recursos financeiros são depositados em conta especial e há uma fiscalização para tal, o que resta é verificar como este dinheiro está sendo utilizado, ou seja, instrumentalizado em

virtude da saúde pública. Nas condições enumeradas durante o trabalho ficam evidenciadas que os profissionais da saúde não poderão forçar uma solução em prol da privatização do sistema médico-hospitalar, sendo desta maneira, abordada soluções mais eficazes e focadas para a não privatização dando uma maior acessibilidade àqueles que mais necessitam. De acordo o artigo publicado na Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, há a necessidade de se fortalecer o SUS porque: “propõe-se a formulação de uma agenda de reforma das instituições do mercado, a partir da concepção de que o domínio privado ocupa funções de Estado, subtrai a natureza pública do SUS e nega o direito social de assistência à saúde, encarnado na Constituição Federal de 1988”. Para a melhoria do sistema de saúde é implementar uma ouvidoria para o SUS, ou seja, incentivar a população a uma participação para que informe o que o referido sistema precisa melhorar. De acordo com a Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, ainda que o marco legal contemple não só a criação de diversos mecanismos institucionais de participação para que a população possa exercer controle sobre o sistema de saúde, sejam eles mecanismos diretos de participação coletiva ou mecanismos para a participação individual, como é o caso das ouvidorias, a despeito desses avanços, ficou muito evidente nesses estudo o descompasso entre o plano formal de gestão mais democrática dos serviços de saúde e a prática cotidiana nesses serviços. Podemos, por fim, afirmar que sob a ótica do setor público, salienta-se que setor público é igual, neste caso, a população em geral, que o financiamento, a gestão e a qualidade do SUS deverá ser melhor, infringindo diretamente nos critérios de eficiência e de efetividade. E se, nesta situação, não haver essas qualidades, não poderá servir de base para a redução de recursos financeiros ou organizacionais, pelo contrário, deverá sim, servir de fundamentação para que se possa ampliar os recursos financeiros para aí sim satisfazer as necessidades das melhorias exigidas. Neste sentido, podemos afirmar que, é defendida, ainda, a criação de bases institucionais para a constituição de um certo capitalismo de Estado no setor, cujo fomento ao complexo produtivo (GADELHA, 2006) impulse a cadeia keynsiana, gerando renda, produto, emprego e inovação tecnológica, e enquadrando, a um só tempo, uma oferta hospitalar estatal que atenda as exigências de saúde da população em oposição às demandas mercadológicas do complexo médico-industrial, além de promover o desenvolvimento sustentado ao induzir o crescimento econômico e reduzir as desigualdades sociais (OCKÉ-REIS, SOPHIA). A Emenda Constitucional 29 traz como determinação do financiamento do SUS. Mas, os Estados não cumprem o mínimo estabelecido por nossa Carta Magna. Um dos motivos para a não aplicação é que o gestor público tem como finalidades e prioridades outras perspectivas. Além de recursos financeiros, estes sendo autônomos, também há a necessidade de se ter uma gestão pública eficaz, para que os recursos sejam aplicados de uma maneira adequada e eficiente, surtindo os devidos efeitos para obtenção de um sistema de saúde adequado. Diante de tudo o que fora exposto, podemos concluir que, independentemente da privatização ou não do Sistema Único de Saúde, o usuário deverá buscar os direitos impostos pela nossa Constituição Federal, que estes de fato são garantidos, recorrendo, também, aos demais instrumentos que objetivam o controle social. Essa interação, se existente, pode permitir a avaliação de condutas do sistema de saúde e, um trabalho para a constante melhoria dos serviços prestados, contribuindo para a fiscalização dos recursos públicos (Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde). Conclusão: Conclui-se a partir dos focos que a saúde sendo privatizada, vai infringir no término do acesso universal de toda população aos cuidados médicos hospitalares de qualidade, fato este que dar-se-á porque o Poder Estatal não suportará o financiamento tanto público quanto o

privado. Consideremos que, a privatização seria uma forma de maquiagem o dinheiro público. Desta feita, a proposta neste trabalho foi demonstrar que a privatização não será a resposta mais adequada para a solução dos problemas nesta área, seria, sim, então, buscar outras alternativas mais adequadas, menos drásticas, como por exemplo, a implantação de uma gestão pública mais eficiente, um reajuste salarial para os profissionais e modernização dos equipamentos. Ressalte-se que durante a pesquisa desse estudo foram encontradas diversas dificuldades na busca de literatura em idioma português demonstrando que esta área está muito limitada em publicação.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE, QUALIDADE, NÃO-PRIVATIZAÇÃO

REFERÊNCIAS

REIS, C. O. O.; SOPHIA, D. C. Uma Crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Rio de Janeiro. V. 33 JAN/ABRIL. 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Rio de Janeiro. V.33 MAIO/AGOSTO. 2009.

BRASIL. Mesa Nacional do SUS: Privatização de Hospitais Universitários. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=37064. Acesso em: 04 de maio de 2011.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, J. C. H. C. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2007.

AMADIGI, F. R.; ALBUQUERQUE, G. L.; GONÇALVES, E. R.; ERDMANN, A. L. A relação público-privado na saúde brasileira: Refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. Ciência, cuidado e saúde. V. 6. N. 4. 2007.

**CLÍNICA AMPLIADA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO
SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR-BA: ESTRATÉGIAS DE
IMPLANTAÇÃO**

Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima⁶;

Nildo Batista Mascarenhas⁷;

Maria Enoy Neves Gusmão⁸;

RESUMO

A Clínica Ampliada é considerada um modelo de atenção que propõe ao profissional de saúde o desenvolvimento da capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. Auxilia os trabalhadores dos serviços de saúde a lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde. Na atualidade, significa incentivá-los a trabalhar em equipe. Atuar nesse modelo de atenção exige dos profissionais um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. A clínica ampliada está presente na Política Nacional Humanização (PNH) e propõe, dentre outros aspectos, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). A PNH lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Já o PTS é considerado um instrumento de trabalho na medida em que é composto de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Este projeto terapêutico pensado com os usuários mostra-se efetivo na atenção à saúde dos mesmos

⁶ Autora Principal- Acadêmica do curso de Enfermagem da UFBA e monitora da ACC ENF-A80.

⁷ Enfermeiro. Assessor Técnico da ACC ENFA- 80, do PET-Saúde da Família/UFBA e do grupo GERIR/EEUFBA.

Professora do Curso de Enfermagem da UFBA e tutora do PET-SAÚDE

⁸ Professora do Curso de Enfermagem da UFBA e tutora do PET-SAÚDE

e fortalece a atuação dos profissionais. Para a introdução da Clínica Ampliada como prática nas USF, foi necessária a construção de um núcleo de apoio, que fora concretizado por meio de uma atividade curricular em comunidade – ACC desenvolvida pela Escola de Enfermagem da UFBA. Este Núcleo foi denominado: Núcleo de Excelência Clínica (NEC) para o PSF em Salvador. A construção da Clínica Ampliada nas USF torna-se importante na medida em que reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde. Torna o usuário como sujeito do projeto terapêutico, reconhecendo sua autonomia e potencialidade. O fato de transformar a prática profissional em uma ação mais integral de atenção, co-responsabilizando os profissionais de saúde nos processos, faz com que essa estratégia seja uma fonte que possibilita a reafirmação da responsabilidade, compromisso, ética e respeito para com os usuários do Sistema Único de Saúde. Além disso, ela facilita o desenvolvimento do senso crítico e reflexivo em face do diálogo entre diferentes sujeitos e dos problemas vivenciados; mantém a articulação entre sujeitos envolvidos na formação, gestão e atenção à saúde, sensibilizando-os na sua prática profissional para a construção diária do SUS. Com isso, almejamos: Desenvolver equilíbrio de poder nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e relação com o usuário; Fortalecimento dos conselhos locais de saúde; Apoiar a organização destes serviços para o enfrentamento dos problemas locais; Promover discussões com os membros do PET-Saúde da Família, para que as atividades do núcleo atendam a demanda do programa; Articular com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Subúrbio Ferroviário; Fortalecer o vínculo da Universidade e seus atores com os profissionais que constroem o SUS; Valorizar o usuário em sua essência, entendendo-o como singular; e reafirmar os compromissos de atenção à saúde em sua integralidade. **PRODUTOS ESPERADOS:** Sensibilização de profissionais de saúde, gestores e estudantes, quanto à atenção à saúde dos indivíduos em suas complexidades, valorando cada detalhe; Rearticulação das redes de atenção à saúde; Fortalecimento do vínculo entre universidade, gestão e serviços; Articulação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Interação com a gestão do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF); Formação estudantil voltada para a integralidade da atenção; Mudanças nas práticas profissionais nas unidades, com reconhecimento e fortalecimento do SUS. Para a construção da Clínica Ampliada nas USF escolhidas, foram adotadas as seguintes estratégias: Incorporação de novos sujeitos à ACC (discentes da área de saúde da UFBA, profissionais de saúde ligados ao PET-Saúde da Família e gestores vinculados ao DSSF); apresentação do projeto desenvolvido no semestre 2009.2 aos alunos, tutores e preceptores do PET-Saúde da Família/ UFBA; revisão do projeto e planejamento de ações para a sua implantação nas Unidades de Saúde da Família (USF) escolhidas, Visitas às USF onde o Núcleo de Excelência Clínica (NEC) está sendo implantado (USF de Fazenda Coutos III, Bate Coração, Alto da Terezinha e Beira Mangue), participação na oficina de planejamento da organização do serviço), de uma das USF no intuito de inserir as atividades do NEC no cotidiano do serviço, oficina sobre a clínica ampliada realizada para os residentes da Residência Multiprofissional Hospitalar em Saúde do COM-HUPES; discussão sobre o eixo teórico da Clínica Ampliada; apresentação e discussão do documentário: “À margem do Corpo”; encontro na USF de Vista Alegre para conhecimento das atividades já implantadas da Clínica Ampliada; apresentação e discussão do documentário SICKO SOS Saúde; realização do I Encontro sobre Clínica Ampliada: Como Construir e realização de um planejamento estratégico de ações nas unidades. **RESULTADOS ALCANÇADOS:** A implantação da Clínica Ampliada como prática de atenção está sendo vivenciada na unidade de Vista Alegre e as demais unidades já conhecem o projeto e

estão em fase de adesão e reconhecimento do mesmo. Este processo de construção coletiva tem sido um estímulo à construção da saúde que todos desejam: a saúde em prática, articulada, humanizada, pautada nos princípios do SUS, onde os sujeitos se reconhecem enquanto construtores do processo e fazem de seus desejos, mobilizações edificantes. A cada discussão, oficina, palestras, encontros, trabalhos realizados nestas unidades o que mais aprendemos é “não desistir”. Não desistir de construir, de buscar novos atores, de agregar forças, de modificar os rumos da atenção à saúde fazendo-nos entender o quanto é necessário esse processo de não ficar parado, pois, um passo dado e já não estamos no mesmo lugar.

DIRETÓRIO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM: UM AMPLO ESPAÇO DE FORMAÇÃO

RAFAELA BRAGA PEREIRA VELÔSO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA (UEFS)

Introdução: O Diretório Acadêmico é uma entidade estudantil que representa os estudantes do curso de nível superior dentro de uma universidade, são formados, de maneira geral, a partir da associação de estudantes. Na universidade, os Centros e Diretórios Acadêmicos se constituem como espaços legitimados para o primeiro contato do estudante com o movimento estudantil. Há outras formas de organização de entidades estudantis nas universidades, sendo as principais: o Diretório Central dos Estudantes (DCE), o Centro Acadêmico e o Grêmio estudantil. O DCE é uma entidade estudantil que representa todos os estudantes de uma instituição de ensino superior, sejam elas universidades, faculdades ou centros universitários. Sendo assim, também é fundamental a interação dos estudantes, sejam aqueles pertencentes formalmente ao Diretório ou não, e a comunicação constante com o DCE, em que abrange os demais estudantes da instituição e luta também por interesses coletivos. Isso é feito, visando fortalecer e conferir visibilidade ao movimento estudantil, através da união dos estudantes numa mesma luta. Assim como os mecanismos eleitorais, a atuação das entidades é definida pelo conjunto do movimento estudantil da instituição, sendo que suas áreas de atuação mais comuns dizem respeito aos interesses dos estudantes perante à administração da instituição superior, às questões de política educacional e outras questões. Esse trabalho surgiu pelo reconhecimento do Diretório Acadêmico (D.A), enquanto espaço de formação e amadurecimento de questões políticas. Sendo assim, aqueles que adentram nesse universo possui uma formação diferenciada em saúde, considerada em seu conceito mais amplo. Esse espaço abrange muitas questões, de modo a incluir itens como educação, lazer, alimentação, transporte, movimentos sociais, reforma curricular, condições de permanência na universidade, representações estudantis nos outros espaços, dentre outros, considerando alguns destes fatores determinantes na vida de um indivíduo. Segundo Pires e Melo a vivência neste ambiente, fora da sala de aula, propicia a identificação e o entendimento de fatores e problemas do

contexto social, permitindo ao estudante conhecer sua realidade. Além disso, amplia-se a compreensão do papel e da prática na futura profissão. No D.A também participamos das reuniões de colegiados do curso, do departamento e conselhos universitários, isso nos confere a oportunidade de participar das comissões existentes e dialogar com professores, coordenação e direção acerca da nossa vivência na universidade. Dessa forma, levamos para esses espaços as reais necessidades do curso e dos estudantes, já que somos a representação de muitas pessoas e lá reivindicamos melhorias não só para o nosso curso, mas para os demais também. Além disso, também realizamos eventos com as mais variadas temáticas, seja referente ao movimento estudantil ou direcionado especificamente a algumas áreas de enfermagem. O D.A de Enfermagem Fátima Teles, também participa de encontros em âmbito municipal, estadual e nacional. Isso ocorre, inicialmente, objetivando a articulação dos estudantes de Enfermagem em Feira de Santana, sejam eles de universidades públicas ou privadas, de forma a colaborar com a criação de outros centros e diretórios acadêmicos que ainda não existem em algumas faculdades. Também fazemos parte da loco nordeste em que nos reunimos periodicamente com os diretórios acadêmicos do estado da Bahia e Sergipe, ampliando nossas discussões e na organização de encontros. Além disso, sempre que possível enviamos representações para os encontros anuais de âmbito nacional, como o Encontro Nacional dos Estudantes de Enfermagem, pois reconhecemos a importância deste momento para nós, enquanto estudantes e futuros profissionais, também para os avanços da nossa profissão e demais movimentos. E principalmente, por ser um espaço de construção nosso, da categoria estudantil, enquanto produtora de ações e práticas. Além disso, fortalece a nossa união, nos permite conhecer as mais diferentes realidades de cada região, assim como suas facilidades e dificuldade e acontecimentos relevantes para cada cenário. Outro fator importante é a realização de assembléias dos estudantes de saúde e de enfermagem. Esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência da graduanda em Enfermagem no Diretório Acadêmico Fátima Teles, enfatizando a importância deste para sua formação. **Metodologia:** Relato de experiência sobre vivência da discente no Diretório Acadêmico de Enfermagem Fátima Teles, na gestão Coletividade 2009 a 2010, na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. **Análise e discussão dos resultados:** A partir da vivência, pude perceber que a inserção no movimento estudantil, proporcionou um grande aprendizado, através de leituras e discussões sobre o processo saúde-doença e conceito ampliado de saúde. Além disso, através de curso de formação política, pudemos constatar o quanto é preciso lutarmos pelo direito a saúde, e por um atendimento humanizado. Sendo assim, despertou o interesse pela saúde pública e pela defesa e fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse espaço nos permite uma visão ampliada da universidade, e modificar cenários dentro dela, já que nos envolvemos desde a luta por maior número de refeições no restaurante universitário, transporte de qualidade, ampliação da residência universitária, reforma curricular, recepção de novos estudantes, dentre outras atividades. A recepção aos novos estudantes é um momento de acolhimento, novos contatos, mostrar a universidade e despertar nesses estudantes à vontade e necessidade de adentrar nesse espaço junto conosco. Nos encontros e assembléias que promovemos também temos um grande aprendizado, pois estudantes de vários semestres se reúnem para discutir a Enfermagem, as necessidades, as atualizações necessárias, currículo, atividades complementares, núcleos de pesquisa e extensão, os movimentos integrantes desta luta e a discussão em aproximar ensino, pesquisa e extensão. Isso é feito no intuito de colocarmos o nosso papel enquanto agentes de transformação da sociedade e o retorno do nosso trabalho para comunidade extra universidade, assim como também trazê-los para adentrar o nosso universo nas instituições de ensino superior. Assim nesse espaço, em que realizamos a semana do calouro, já procuramos criar espaços que eles sejam os protagonistas desse processo, para que possamos realizar uma troca de saberes em que todos sejam beneficiados. Assim, sentimos a necessidade de nos organizar e levantarmos as bandeiras de uma sociedade igualitária e justa. Dessa forma, convidamos todos os estudantes a se organizarem conosco, dividindo sonhos e ideais. É

importante ressaltar, que também visualizamos o reconhecimento do nosso trabalho, a partir das renovações dos membros que compõe o diretório, já que este tem a necessidade de renovação periodicamente. Isso aliado a mobilização acadêmica e comunitária são frutos de lutas históricas que trazem avanços e conquistas importantes para os membros da sociedade em geral. Dessa forma, procuramos manter o contato através de passagem em sala, materiais informativos, organização de eventos e festas comemorativas, e-mails e nas reuniões semanais. Nos encontros semanais, vemos as demandas e fazemos os encaminhamentos necessários, para que sejam contempladas totalmente, através da divisão de tarefas para que não haja sobrecarga de alguns membros do D.A e também para que haja rotatividade das tarefas possibilitando que todos aprendam cada uma delas, conhecendo os diversos setores da universidade de modo a estabelecer articulação e ser reconhecido enquanto diretório acadêmico de enfermagem nos diversos espaços. Essa visibilidade é importante para o fortalecimento do vínculo e alicerces básicos para novas conquistas, e ampliar a nossa rede e atuação enquanto gestão do diretório. Assim, isso tudo está relacionado ao que chamamos de prática social, já que prática é a capacidade de ação e social refere-se a sociedade, na verdade, o que interessa a sociedade, e está ligada indissociavelmente a transformação social. Compreender Enfermagem como uma prática social quer dizer entendê-la como uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, porque seu princípio ético é o de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida. **Conclusão:** O Diretório Acadêmico nos permite conhecer mais a cerca da universidade, e também nos faz enxergar as reais necessidades dos estudantes e da sociedade. Isso faz com que a luta seja constante, o interesse coletivo prevaleça e seja alcançado através da união e empenho objetivando alcançar a melhoria, não só da nossa categoria, mas o bem estar coletivo. Dessa forma, apesar dos muitos desafios existentes, reconhecemos de forma concreta a importância de adentrar nesse amplo e importante espaço conquistado pelos estudantes na academia, em que estes são a maioria. Sendo assim, acreditamos que a luta é constante e se estende não só aos estudantes de enfermagem e demais cursos, mas a todos os cidadãos, pois unidos somos muito mais fortes. Uma das grandes marcas do movimento estudantil é o caráter social e para compreender a Enfermagem como prática social perpassa entender também esse movimento, pois a história mostra que esse movimento constitui força auxiliar no processo de transformação social e para mudar o que está posto na nossa profissão é necessário transformar. Levando isso em consideração, constatamos que aqueles que estão ou passaram pelo Diretório Acadêmico tem uma formação não só em saúde, mas em geral, muito diferenciada, pois esta entidade abre nossos horizontes para muitas questões que ultrapassam os muros da universidade e que apenas atividades nas salas de aulas e grades curriculares não alcançam tais discussões. Desta forma, é fundamental valorizar e participar de um espaço construído por nós, pois acredito ser de extrema valia, seja para nossa vida pessoal, acadêmica e/ou pessoal. Com isso pretendemos um contexto maior de alianças, de lutas, de compromisso social, tornando-nos sujeitos de nossa história.

Palavras-Chave: Diretório Acadêmico, Enfermagem, Formação

Referências

PIRES, Cidia Daniela de Oliveira and MELO, Cristina Maria Meira de. Gênese do movimento estudantil na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (1947-1959). *Esc. Anna Nery* [online]. 2008, vol.12, n.3, pp. 437-443.

MAIA JÚNIOR, Edmilson Alves. **Memórias de luta**: ritos políticos do movimento estudantil universitário (Fortaleza, 1962-1969). Fortaleza, CE: UFC Edições, 2008.

MENDES JUNIOR, Antonio. **Movimento estudantil no Brasil**. 2.ed Sao Paulo: Brasiliense, 1982.

PASSOS, ES. **De anjos a mulheres**: ideologias e valores na formação de enfermeiras. Salvador(BA): EDUFBA/EGBA; 1996. p. 209.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, Luana Batista da (*);
NEVES, MELO, Marisa Leal Correia(***)

Palavras-chave: Unidade Saúde da Família; Saúde do Homem; Promoção de Saúde

INTRODUÇÃO: Esse trabalho relata a experiência vivenciada durante o evento Dia da Saúde do Homem, realizado na Unidade de Saúde da Família George Américo IV, Feira de Santana-BA, por integrantes da equipe de saúde da família e por monitores e preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: PET-Saúde da Família/UEFS, em parceria com outras instituições de saúde e de educação. Este evento surgiu da necessidade de incentivar o acesso do público masculino às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de divulgar a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. **METODOLOGIA:** Inicialmente foram realizadas reuniões com os envolvidos no planejamento e organização do evento (Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, Secretaria Municipal de Saúde- USF George Américo IV e NASF, Faculdade de Tecnologia e Ciência-FAT e o Centro de Referência de Assistência Social-CRAS). Foi estabelecido de que o evento aconteceria num dia, nos turnos matutino e vespertino e tendo como lócus, a própria Unidade de Saúde da Família. Definiu-se também, em reunião, como se daria a identificação das necessidades e problemas vivenciados pelos homens moradores da área de abrangência da USF para que fossem priorizados as ações para impactar estas necessidades e problemas. Orientados pelos dados do SIAB e pelas necessidades evidenciadas no cotidiano da Unidade, foi definido que seriam oferecidos exames de glicemia, aferição de PA, coleta de exame para análise de PSA, coleta de fezes para o SOPE (sangue oculto nas fezes), café de manhã após o desjejum e diversas palestras de educação em saúde, com ênfase na prevenção do câncer de próstata. Para a realização dos exames laboratoriais foi realizado parceria com um laboratório da rede municipal de saúde, que cedeu técnicos para a coleta do material além de responsabilizar-se pela análise destes materiais. Visando garantir a viabilidade das ações foram selecionados os seguintes recursos: glicosimetro, fita de glicemia, esfignomamometro, estetoscópio, seringas, agulhas, algodão, álcool, tubo de ensaio, luvas, bolas, malhas para decoração, panfletos informativos além de frutas, bolos, biscoitos e suco para o café da manhã. Estes recursos foram disponibilizados pelos parceiros do projetos. As

estratégias metodológicas de escolha foram: rodas de conversas, distribuição de panfletos e cartilhas educativas, palestras, atendimentos individuais, salas de esperas, entre outros. A divulgação foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Desenvolvido de forma interdisciplinar e intersetorial, o evento contou com a participação de aproximadamente 110 homens da área de abrangência da USF George Américo IV, que se mostraram bem interessados e participativos. Os temas, mal súbito, câncer de próstata, DST/AIDS, planejamento familiar, distribuição de preservativos e materiais informativos, educação postural, tabagismo e alcoolismo, foram trabalhados através de rodas de conversas e palestras. Priorizou-se nestas atividades um modelo educativo dialógico e participativo, sendo considerado os conhecimentos prévios dos envolvidos para que ocorresse uma aprendizagem que tivesse sentido e significado para os envolvidos. Foram verificados sinais vitais (TA e HGT), aplicação de vacinas, atendimento médico, identificação de casos suspeitos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM), além do esclarecimento de diversas dúvidas e outras informações acerca da saúde do homem. Dos presentes, 49% realizaram exames de PSA e /ou SOPE, os quais 92,60% fizeram exame somente de PSA; 88,88% fizeram somente SOPE; 85,20% fizeram o exame de PSA e SOPE. Após análise dos resultados dos exames constatou-se que 11,20% dos exames de PSA alterado, em nenhum dos exames de SOPE foi constatado alteração. Os homens com exames alterados foram encaminhados para atendimento especializado no sistema municipal de saúde. Conclui-se que os homens aderem às atividades desta natureza, devendo, portanto, estar inseridas na agenda dos dirigentes da saúde. **CONCLUSÕES:** Esta ação trouxe contribuições significativas para a USF ao possibilitar uma maior aproximação com esta parcela da população, aos próprios homens que sentiram e manifestaram reconhecimento pela preocupação da equipe de saúde da família com a sua saúde e aos monitores do PET-Saúde da Família. Com relação aos petianos, oportunizou a leitura crítica sobre os problemas sociais e de saúde vivenciados por esta clientela que possui suas especificidades, como, uma forma de abordagem e linguagem diferenciada, além do desenvolvimento de ações em parceria com outros profissionais e outras instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 648/GM** de 28 mar. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.944**, de 27 de agosto de 2009. Brasília, DF, 2009.

_____. Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº. 8080. **Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990.

_____. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, RJ, vol.8, n.2, 2003.

WAGNER Figueiredo. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção

primária, **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, SP, 2005.

SISTEMA de Informação da Atenção Básica da Unidade de Saúde da Família George Américo IV, 2010.

(*) Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana, bolsista do programa educação pelo trabalho PET-saúde da família;

(***) Enfermeira formada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1979) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (1999). Atualmente é professora adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: recursos humanos, planejamento em saúde, educação continuada, educação permanente e capacitação.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO VERTENTE PARA EMANCIPAÇÃO DO SUJEITO

Ricardo Bruno Santos Ferreira⁹
Silvana Portella Lopes Cruz¹⁰

INTRODUÇÃO: Apesar de parecer uma proposta tradicional e bastante familiar para quem trabalha no campo da saúde, o projeto da promoção da saúde se propõe a inovar. A inovação, presente na tarefa de educar o povo para capacitá-lo a se responsabilizar por sua saúde e de sua comunidade, estaria, segundo Oliveira (2010) centrada em premissas como: (1) a saúde não pode mais ser entendida reduzidamente como ausência de doença, mas como qualidade de vida e um recurso para a vida; (2) a saúde é resultado de múltiplos fatores, inclusive ambientais; (3) ações promocionais em saúde devem investir paralelamente em mudanças de estilo de vida – dimensão individual, e em mudanças contextuais – dimensão estrutural; (4) a educação pode promover saúde, mas o foco não deve ser apenas informar, mas, também, aumentar a consciência crítica dos sujeitos sobre sua realidade para que possam nela intervir para melhorá-la e, (5) nos empreendimentos educativos devem ser privilegiados espaços dialógicos de aprendizagem. A partir destes pontos é possível dar autonomia a cada cidadão e posteriormente o mesmo alcançar a responsabilidade social, onde o outro passa a ser parte do ser individual, uma premissa para a emancipação humana. Porém o processo de humanização não se ocorre de forma simples, uma vez que estamos inseridos em uma sociedade que possui na contradição um dos seus pilares. Para Portugal (2007), discutir a emancipação humana, como um dos constituintes da Educação Popular, requer explicitar as idéias em torno do projeto de libertação humana, que se inscreve na perspectiva do materialismo histórico

⁹ Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB Campus XII
Email: Ricardo_brunno@hotmail.com

¹⁰ Professora orientadora. Bacharel em Enfermagem, Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Professora Substituta da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Mestranda em Saúde Coletiva com Concentração em Vigilância Sanitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
Email: spcruz@uneb.br

e dialético, sendo a liberdade uma luta pela humanização e hominização e contra a coisificação do ser. Emancipar-se só é possível, no contexto de sociedades democráticas, por exigir um exercício anterior de noções como liberdade, igualdade, autonomia e desalienação, pois para exercer a emancipação, é necessário viver em sociedade, usufruindo direitos civis, políticos e sociais, nos âmbitos individuais e coletivos, o que se desdobra em questões morais e éticas. Na obra de Freire (2001), pensar a emancipação é buscar o seu contraditório: a opressão. Esta condição de opressão tem o recorte de classe social, em suas obras iniciais, pois seriam estes grupos os necessitados do sentido de liberdade, autonomia e emancipação, passíveis de conquista pela práxis revolucionária destes sujeitos. Para tal luta, perpassam a confiança nos humanos, a busca pela superação da contradição oprimido/opressor e a constituição de “homens novos”, em relações de liberdade, igualdade e emancipação. Freire (1979, p. 36) acentua a necessidade de uma educação humanizante, circunscrita às sociedades e homens concretos, superadora da alienação e potencializadora da mudança e da libertação social: “Que cada vez mais cortasse as correntes que a faziam e fazem permanecer como objeto de outras, que lhe são sujeitos. (...) A opção, por isso, seria de ser também, entre uma “educação para a domesticação”, para a alienação e como educação para a liberdade. “Educação” para o homem - objeto ou indivíduo para o homem sujeito”. Auxiliando no processo emancipatório, os profissionais de saúde utilizam o processo de educação em saúde. Educar em saúde pode ser entendido como “um diálogo que se trava entre as pessoas com o objetivo de mobilizar forças e a motivação para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida”. Para ser educador não é preciso tornar-se especialista em teorias como educação, pedagogias, ou em comunicação. É preciso entender algo sobre a existência de relações fundamentais entre educação e sociedade, no sentido de que toda teoria sobre educação contém uma visão de mundo e de sociedade ou de uma ideologia. Ferreira (2007) destaca que é necessário perceber ainda, que devam ser respeitados alguns pressupostos a respeito do processo ensino-aprendizagem, considerando que grande parte do trabalho do profissional de saúde envolve transmissão de conhecimentos e orientações. Devendo ter também, uma visão geral de como a educação em saúde tem sido desenvolvida enquanto concepção e prática nas instituições de saúde brasileiras e, por fim, deve-se proceder a análise crítica do tipo de mensagens relacionadas à educação em saúde. A comunidade deve sentir-se o tempo todo sujeito do processo educativo, algo sustentado nas metodologias ativas de aprendizagem, onde se pode lançar mão de estratégias que possam levar as pessoas a aprenderem a ser, a aprender a aprender e aprender a fazer. Para isso, Gramsci (1989), relata que é necessário o educador considerar que todo processo educativo está centrado em uma ideologia. As ideologias têm uma validade psicológica, elas organizam as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição e lutam. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo refletir acerca da educação popular em saúde como uma das vertentes para emancipação humana, destacando a importância e perspectiva através de uma pedagogia crítica e problematizadora. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada para confecção deste artigo baseia-se em um trabalho de revisão literária, onde os artigos referenciais foram encontrados nas Bases de Dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Periódico Capes, Scielo, utilizando os descritores: Emancipação humana, Educação em Saúde e Educação popular. Buscamos autores com trabalhos similares entre os anos de 1980 e 2011, confrontando os posicionamentos dos mesmos ao longo do tempo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Quando falamos de diálogo no cuidar e no educar em enfermagem com a finalidade de emancipar, nos permitimos um encontro com a teoria freiriana, como eixo central de discussão na pedagogia da saúde. Em especial, chamamos à atenção aos princípios da dialogicidade, como exercício vivo de diálogo: transitividade da consciência, de ingênua à crítica; pedagogia críticoreflexiva; transformação-ação; e educação dialógica. Esses princípios subsidiam a discussão sobre a intermediação de saberes e práticas impressos nas vivências e experiências dos grupos humanos, sejam eles profissionais ou populares. Somente assim, mesmo com o sistema capitalista,

existe a possibilidade de emancipar o povo. Imbuído nas idéias de Freire, Ferreira (2007) extraiu os fundamentos necessários à prática educativo-dialógica na saúde, e os articulou com teóricos e pesquisadores da área dos cuidados de enfermagem que consideram o cliente como sujeito do cuidado, por sua vez, construtor de sua própria história, inseridos sócio-culturalmente onde reside, politizado de acordo com seus costumes e cultura. A pessoa, na condição de sujeito, participante do cuidado, reflete, questiona, recusa, aceita, critica. Sua posição ativa transforma a relação que se estabelece no processo de educar-cuidar. De outra maneira, sem uma ação coletiva, dialógica, compartilhada com o saber popular, o conhecimento científico seguirá anacrônico, desvinculado do mundo prático. Como práxis humana, o mesmo Ferreira (2007), salienta que a consciência em saúde é mediada pela ação-reflexão-ação, possibilitada pelo diálogo que, por sua vez, predispõe ao rompimento da cultura do silêncio. Nesse sentido, compartilhamos do pensamento de que não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na unidade dialética indissociável da ação-reflexão. Isto implica em que educadores e educandos, inseridos criticamente na história, assumam posição de sujeitos que fazem e refazem o mundo e não simplesmente reproduzem saberes e práticas científicas, frutos de um discurso monológico, concebido como verdadeiro e definitivo. Porém, Freire (1994), afirma que embora já existam várias iniciativas de natureza ética no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, ainda hoje se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo escolar de dominação. Este modelo tradicional de educação implica em uma postura do educador na determinação do programa de ensino a ser adotado. Nessa concepção, o programa não é constituído “com” o grupo, mas “para” o grupo, caracterizando-se como um modelo depositário, cuja marca é a unidirecionalidade e a verticalidade da relação educador (enfermeiro (a)) e educando (sujeito cuidado). Nele, as pessoas, se submetem a este tipo de relação - vertical, depositário, na busca de soluções aos seus problemas. Com isso, as pessoas vão formando um grupo contra-hegemônico adotando suas próprias práticas de saúde. Ao adotá-las, não as fazem necessariamente no sentido de preservar sua herança cultural, mas como forma de resistência àquelas práticas instituídas oficialmente, quando as mesmas não atendem aos seus interesses e necessidades. A mudança no processo educativo das universidades torna-se então preponderante para que o futuro profissional se emancipe e consiga auxiliar na emancipação do seu povo. As relações de opressão que sustentam o paradigma da ciência (profissional), a linguagem corrente no discurso científico precisa ser decodificada pelo sujeito (cliente). Isto é necessário para que possam ser desveladas as situações limites e desafiadoras e, assim, aumente sua condição reivindicatória de cuidado, de direito ao acesso digno e de qualidade aos serviços de saúde e de garantia de atendimento por parte do Estado. Deve-se também, compreender que há no saber do senso comum um método de trabalho orientado e coerente sobre si mesmo, suas idéias e as aceções acerca da realidade, engendradas pela prática cotidiana. Apesar de estabelecer critérios diferentes do conhecimento científico para a busca da verdade, é também historicamente social e coletivo. A emancipação humana tem a vida, a existência concreta como norte e compromisso e se relaciona ao conceito de autonomia, amadurecimento, plenitude educacional, cultural, ética, estética, política e pedagógica das pessoas (NUNES, 2003). Tem como horizonte as utopias que alimentam os projetos, nas dimensões valorativas já abordadas, mas aqui aprofundadas por Melo Neto (2004, p. 159): “Ser *popular* é tentar alternativas. É estar realizando o possível, mas que, ao se realizar, abre, contraditoriamente, novas possibilidades de utopias, cuja negação trata os elementos já efetivados e tentativas de novas realizações. (...) A *utopia* da democracia tem um valor permanente e deve ser vivida sem qualquer entrave. Precisamente, nos espaços da realização e da não-realização, estas são suas contradições e dificuldades maiores. Entretanto, não podem transformar-se em agentes impeditivos da intransigente e radical busca por novas concretizações de *sonhos de liberdade* e de *felicidade*”. Entendemos que esta trajetória é um devir dialético, onde parece crucial atentarmos para as ponderações de Mészáros (2004) sobre as perspectivas

emancipatórias das classes trabalhadoras no século XXI. Sem esta, as classes trabalhadoras dos países capitalistas avançados não serão capazes de se tornar “conscientes de seus interesses”, muito menos de “lutar por eles” - em solidariedade e espírito de efetiva cooperação com as classes trabalhadoras das “outras” partes do único mundo real - até uma conclusão positiva.

CONCLUSÃO: Nesse sentido, concluímos, que embora as contradições impostas pelo sistema capitalista, a educação popular em saúde é uma das vertentes para o alcance da emancipação humana. O encontro entre o ‘eu’, cuidador, e o ‘outro’, sujeito do cuidado, poderão ser construídos, de forma compartilhada, através de projetos de cuidado orientados na direção de interesses comuns. Para isso faz-se necessário uma mudança na metodologia educativa das universidades, e a partir dessas mudanças, podemos começar a pensar na possibilidade de um cuidado promotor da autonomia dos sujeitos, não num sentido paternalista – alguém outorgando autonomia a um outro - , tampouco num sentido unilateral e absoluto - a garantia do livre arbítrio ao sujeito do cuidado - mas uma autonomia regulada pelo próprio sentido ético do encontro que, no nosso entender, configura o ato de cuidar - a ética da responsabilidade mútua para com os projetos de felicidade do outro. Damos autonomia e desalienamos e posteriormente surge a possibilidade de emanciparmos e igualarmos, mesmo inseridos no sistema opressor capitalista.

PALAVRAS-CHAVE: Emancipação humana; Educação em Saúde e Educação popular

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE SEGUNDO A TEORIA FREIREANA: UMA FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Danielle Figueiredo Patricio. Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. danny-figueiredo@hotmail.com
Elaine de Fátima Fernandes Gomes. Enfermeira Especialista no Programa Saúde da Família. lane.fg@hotmail.com

Introdução: Inicialmente, é necessário considerar que todo processo educativo está centrado num conjunto de idéias, as quais buscam um objetivo no processo de ensinar, seja qual for o motivo. Essas idéias para ensinar, organizam as massas humanas, formam um conjunto de costumes sobre os quais os homens se fundamentam e adquirem consciência de sua posição. No campo da saúde, já existe diversas iniciativas de natureza ética no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, mas sem deixar de lado a concepção de educar para a saúde. Educar em saúde significa dizer desenvolver conceitos que facilitem a interação do profissional com o cliente cuidado, cuja marca é a unidirecionalidade e a verticalidade da relação educador como sendo a enfermagem, e educando como o sujeito cuidado, na busca de soluções aos seus problemas. Nesse sentido, é entendido, que a mudança de perspectiva no pensar e fazer da enfermagem no campo da educação popular em saúde agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua condição de vida. Isto implica em proposta de ação voltada ao diálogo e a intermediação de práticas e saberes que dele resulta. Quando falamos de diálogo no cuidar e no educar em enfermagem, nos permitimos um encontro com a teoria freireana, como eixo central de discussão na pedagogia da saúde. A educação, em Paulo Freire, é fundamentada na reflexão da realidade do educando, transformando esta mesma realidade. Considera o homem como ser de relações com dois mundos: o da natureza e o da cultura. Em seus escritos, a cultura é abordada como sendo “toda criação humana” e é um conceito central para as suas propostas de educação. Valoriza a ligação de cada sujeito ao seu mundo, seus valores,

saberes e problemas. Ele pensa a educação ao mesmo tempo como ato político, como ato de conhecimento, mas também como ato criador, ou seja, é possível modificá-la. Expostos tais entendimentos e considerando a importância dessa temática na assistência de enfermagem, ficou definido o seguinte **Objetivo:** Refletir acerca da educação popular em saúde aplicada ao contexto da teoria freireana no processo educar-cuidar da enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo reflexivo, realizado através de uma pesquisa bibliográfica, a partir da contribuição de diversos autores sobre determinado assunto, e que se encontram compilados em artigos, livros e periódicos, com fins de possibilitar uma melhor compreensão ou análise das principais contribuições teóricas da literatura sobre o tema em questão. É importante destacar que foram levadas em consideração as disposições éticas sobre pesquisa, contempladas na Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Discussão dos Resultados:** A educação em saúde é uma das principais funções dos profissionais da enfermagem. O processo de educar em saúde, pode ser entendido como sendo um diálogo entre as pessoas com o objetivo de mobilizar forças e motivar para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida. Dessa forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social ou propriamente a ausência de doença. A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social. Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual, coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável. A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos. O exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio da democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar. Trazemos a filosofia freireana para o campo da educação popular em saúde aplicada à enfermagem, porque entendemos que ela nos nutre de elementos teóricos necessários à discussão acerca da posição ingênua do cliente diante dos cuidados e da cultura científica em saúde. O cliente, na opção por orientar suas práticas de saúde fundamentadas pelo saber científico, dele fica dependente, ao tomar esse conhecimento como verdade absoluta e definitiva. Decorrente disso surge situação desafiadora para o ato educativo dialógico em saúde: a de transformar a posição ingênua dos sujeitos educandos em posição crítica. Neste sentido, compreendemos a educação em saúde inspirada nos pensamentos de Freire, como sendo coerente e competente, que testemunha seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, que atesta sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade, a maneira consistente com que vive sua presença no mundo. Assim, para educar em saúde, se faz necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade. Das idéias do pensamento freiriano, é possível extrair os fundamentos necessários à prática educativo-dialógica na saúde, e os articulamos com teóricos e

pesquisadores da área dos cuidados de enfermagem que consideram o cliente como sujeito do cuidado, por sua vez, construtor de sua própria história, inseridos sócio-culturalmente. No espaço da educação em saúde, em uma linha progressista, com vista à ação transformadora de cuidar, podemos vislumbrar isso, na medida em que nos aproximamos daquilo que está instituído na rede de saberes do conhecimento científico, do que está construído na sabedoria popular e tentamos fazer um intermédio desses saberes. Finalmente, estas reflexões não devem levar à imobilização de nossas ações como profissionais de saúde e de enfermagem, e sim a vislumbrarmos outras possibilidades de desempenharmos com habilidade o papel de educadores em saúde. Quando trazemos as idéias freirenas para o cotidiano da prática educativa e cuidativa da enfermagem, é possível, pela crítica e reflexão, ver transformados ou reconstruídos saberes dentro de um grupo que não tem o conhecimento advindo do princípio acadêmico-científico, ao mesmo tempo em que também nos apropriamos do conhecimento que vem do universo comum. Nessa perspectiva, a pessoa tem a oportunidade de pontuar e refletir sobre os próprios veículos da educação em saúde. Fica incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja na sua versão individual ou coletiva. **Considerações Finais:** O exercício da prática de educação popular em saúde pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si, pois, o ato participativo é humanizante. Neste espaço de relações, quem educa é dialeticamente educado. Isto porque, não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, negado, superado ou complementado por outros saberes. Daí sua noção de inacabado, de incompletude, pois existe sempre algo mais a se saber ou a ser reformulado por outros saberes. A proposta de uma ação transformadora de cuidar e educar fundamenta-se na condição da enfermagem retornar ao senso comum. Evidentemente, não no sentido de destruí-lo ou expropriá-lo, mas de torná-lo mais coerente e consciente de sua realidade concreta frente ao sistema de saúde instituído que, por vezes, se contrapõe às suas expectativas. Nessa concepção, entendemos que o cliente é potencialmente criativo e sensível e que o processo de educar-cuidar ocorre em uma relação horizontal, dialógica, recíproca e verdadeiramente humana. Partimos da compreensão de que tanto ele quanto o profissional de enfermagem são sujeitos que participam de uma relação de cuidado e que, como seres orgânicos, estão sempre se transformando, imbuídos por pensamentos e ações que se refazem e se modificam ao longo de sua trajetória existencial. Nesse sentido, faz-se oportuno destacar que, o que fundamenta a prática de educar-cuidar da enfermagem são as particularidades de cada ser humano cuidado, ou seja, o lugar social que ele como sujeito ocupa. Afinal, o cuidado é singular e atende às características próprias de cada sujeito. Com isso, é possível encontrar a conexão entre a filosofia freireana e os conceitos que vimos adotando nos nossos estudos acerca dos cuidados fundamentais aplicados na educação à saúde, sustentados na condição de que o cuidado se estabelece na relação sujeito-sujeito. Portanto, diante de tais reflexões é possível concluir que tal situação gera um permanente descontentamento capaz de mobilizar os profissionais no sentido de tentar outros caminhos e buscar outras soluções. Esta é, sem dúvida, uma das razões mais fortes para a emergência do movimento da Educação Popular e Saúde, de sua ampliação e de seu fortalecimento como um movimento social.

Palavras-Chave: Enfermagem, Educação e Assistência.

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: USO CONSCIENTE DA TARV POR
PORTADORES DO HIV**

Iracema de Jesus Almeida Alves (redatora)

Lucas dos Santos Feitosa

Douglas Miguel do Prado

No Brasil, os primeiros casos de Aids ocorrem na década de 80, concentrados de início nas regiões Sul e Sudeste e restritos a alguns grupos populacionais como homo, bissexuais e hemofílicos. Atualmente há uma grande expansão geográfica, atingindo o Norte e o Nordeste com maior intensidade, percebe-se também uma tendência de crescimento entre os heterossexuais, mulheres e crianças. ¹⁵ A transmissão pelo vírus pode ocorrer por via parenteral e vertical, através do sangue; por via sexual, através do esperma e secreção vaginal devido às práticas sexuais desprotegidas, e também através do aleitamento materno. Outros fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV são evidenciados pela reutilização de agulhas e seringas, e também por acidente com materiais biológicos. Sendo a principal via de transmissão, a sexual, por serem evidenciados em maior números de indivíduos HIV+/Aids. ³¹ A evolução da infecção caracteriza-se por intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatômicos, que resulta, principalmente, na destruição e/ou disfunção de linfócitos T que expressam o antígeno de membrana CD4 (linfócitos T-CD4+) e de outras células do sistema imune. A depleção progressiva

dos linfócitos TCD4+, em conjunto com outras alterações do sistema imune, leva à imunodeficiência, que em sua forma mais grave é manifestada por meio das infecções oportunistas e neoplasias que caracterizam a Aids¹⁶. O tratamento, referente à sua história, iniciou-se com o uso da mono terapia com Zidovudina (AZT), posteriormente o padrão terapêutico consolidou-se com a terapia dupla, e, a partir de 1996 da lei 9.313 mediante o seu progresso, ocorreu a introdução da terapia tríplice como esquema inicial de tratamento¹⁷, definida como terapia anti-retroviral (TARV), distribuída gratuitamente a todos os portadores do HIV e aos que tenham a indicação a recebê-lo¹⁸. A partir desta conduta foi observada uma importante redução na mortalidade dos pacientes infectados pelo HIV no país.²⁴ A TARV é constituída pela associação de drogas, que possuem em seu esquema terapêutico os inibidores de protease (IP), inibidores da transcriptase reversa de nucleosídeos (ITRN), e os inibidores da transcriptase reversa de não nucleosídeos (ITRNN) aos quais são essenciais para inibir a multiplicação viral. A terapia é recomendada apenas aos pacientes com contagem de células T –CD4 menor que 350 células/mm³, ainda não fazendo, portanto, efeito na incubação do vírus ou com manifestações clínicas do HIV¹⁹ devendo ser considerado o estado de evolução dos quadros clínicos dos pacientes como co-morbidades, parâmetros imunológicos, e os virológicos^{17, 24}. No entanto, para que a terapia tenha eficácia terapêutica, é recomendado um alto nível de adesão ao tratamento. A adesão segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁶ é definida como “a extensão em que o comportamento de uma pessoa, em termos de tomar medicamentos, seguir dietas e executar mudanças no estilo de vida, corresponde à sua concordância com as recomendações provenientes de profissionais de saúde.” Dentre os vários fatores associados a não aderência como, terapêutica, atributos relacionados ao próprio paciente, escolaridade, relação entre o paciente e o serviço de saúde²². Os efeitos adversos causados ao paciente frente ao tratamento são considerados determinantes no abandono a terapia.^{1,7} O Aumento da complexidade e da duração da terapêutica (número de drogas e número de doses ao dia) é indiretamente proporcional a adesão. Os aspectos relacionados ao próprio paciente estão influenciados por valores, crenças e principalmente pela percepção que o individuo tem sobre a sua própria doença que muitas vezes pode ser diferente da percepção do profissional. Em relação à escolaridade, nota-se que os pacientes bem informados sobre sua doença e sobre como e quando usar os medicamentos prescritos, estes apresentam menores riscos de não adesão ao tratamento. A relação entre o paciente e o serviço de saúde é outro fator que contribuem à não adesão, visto que a ausência de informações constitui uma das principais razões pelas quais 30% a 50% dos pacientes não usam os medicamentos conforme a prescrição. Outro fator é a transmissão incorreta da informação por esses profissionais, em que usam uma linguagem inapropriada, indevidamente direcionada àquela população, em que o paciente desconhece os termos, siglas e até mesmo os objetivos pretendidos, e devido a tal, acarreta ao insucesso da clínica. Por fim aos efeitos adversos causados no uso das TARV, que são preditivos para a baixa aderência ao tratamento.² Segundo Dutra²⁴, efeito adverso é caracterizado como *qualquer dano ocorrido durante a terapia medicamentosa e resultante tanto do cuidado apropriado como do cuidado inadequado ou aquém do ótimo*. Os efeitos causados no tratamento inicial pelo uso da terapia antiretroviral com a utilização de drogas como os ITRN, incluem náuseas, dores gastrointestinais, e vômitos, contudo em períodos mais longos observa-se a toxicidade mitocondrial. Em relação ao uso das ITRNN o efeito de maior ocorrência são as alterações no sistema neurológico, e quanto ao uso prolongado dos IP podem ocorrer alterações no metabolismo lipídico, causando a lipodistrofia.³³ Frente a essa problemática na saúde, causada pela

não plena adesão dos pacientes à TARV, os possíveis riscos apresentados ao paciente são formação de vírus multirresistentes pela interrupção das drogas, e em relação ao serviço de saúde, custos adicionais desnecessários e evitáveis pelos internamentos e serviços realizados pelos pacientes. Contudo as informações básicas oferecidas pelos profissionais de saúde aos doentes sobre a doença, o tratamento, os possíveis efeitos adversos, e o significado e as utilidades dos exames laboratoriais, tornam-se essencial para que os pacientes promovam sua autonomia e com isso fortaleçam-se para as adversidade trazidas pela doença e seu tratamento. Sabe-se que as informações necessárias ao tratamento se forem prestadas de forma correta por profissionais qualificados, também levando em consideração o tempo que esta é transmitida, em relação a um aviso prévio do início da terapia, esse quadro pode ser revertido. É importante ressaltar a função da família e dos amigos para efetividade da terapêutica, ajudando o portador do vírus a manter-se aderente ao uso da terapia anti-retroviral. Esse trabalho objetiva relatar a importância da transmissão do conhecimento pelos profissionais em saúde, deste que seja de forma correta e prévia ao tratamento. Em que o paciente portador do vírus HIV entenda sobre a seriedade da adesão à terapia anti-retroviral, e suas conseqüências se não forem realizadas. Também os efeitos adversos causados pelo uso da droga, em que o indivíduo usuário esta sujeito a desencadear. A escolha por pacientes portadores do vírus HIV diferentemente de outro vírus é devida a complexidade que se delimita o tratamento, por ser um procedimento em que é necessária uma plena dedicação e boa vontade por parte do usuário. Trata-se de uma experiência vivida por graduandos de enfermagem através de relatos de pacientes aids, no período de maio de 2011 que foram atendidos no setor de internação de Doenças Infecto Parasitário (DIP) adulto do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), este localizado na cidade de Recife –PE O HUOC constitui referência nas áreas de doenças infecto parasitário, na região metropolitana e interior do estado, sendo realizadas por ano cerca de 10.500 internações, 4.000 cirurgias de grande porte e aproximadamente 190.000 consultas ambulatoriais nas diversas especialidades. O setor de DIP realiza exames de contagem de CD4 e carga viral às terças e quintas - feiras com finalidade de diagnóstico da infecção pelo vírus e de monitorar a sua progressão, contabilizando de 30 a 60 atendimentos diários durante esse dias. A análise e discussão dos dados ainda encontram-se em andamento, contudo através da entrevista, percebeu-se que a maioria dos portadores não tinham o conhecimento correto dos efeitos adversos causados pelo uso da TARV. Outros pacientes não tinham sido instruídos para este tipo de ocorrência previamente ao início da terapêutica e sim só depois do aparecimento dos desconfortos. Devido a conseqüência dos tais eventos expostos alguns relataram deixar de aderir ao medicamento em alguma fase do tratamento. Portanto viu-se a necessidade da conscientização dessa população através da educação popular em saúde, esta sendo realizada pelos próprios profissionais de saúde, sobretudo a enfermagem, no intuito de conseguir transformar essa atual situação, que se torna eminente graças a não ciência dos problemas acarretados pela má adesão à TARV pelos seus usuários. Diante das informações apresentadas concluiu-se que a adesão a terapia anti-retroviral deve ser realizada da forma mais adequada e contínua pelo paciente com apoio de seus familiares e amigos, sendo necessária, sobretudo a orientação de profissionais de saúde sobre a droga (composição, farmacocinética, farmacodinâmica), os efeitos adversos e os prejuízos causados pela inobediência à terapêutica. Como também é importante salientar que o governo deveria contribuir efetivamente a essa educação popular em saúde, visto que o não cumprimento da terapêutica pelos pacientes causaria gastos desnecessários aos cofres públicos.

Palavras chaves:

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Adesão à medicação e Educação popular em saúde

ENFERMAGEM SOCIAL: MAIS QUE UM DEVER, UMA OBRIGAÇÃO

Autor: **Igor Cavalcanti ferraz¹**

e-mail: Igor.cferraz@hotmail.com

¹ Acadêmico de Enfermagem

Introdução: As transformações econômicas e sociais ocorridas a partir do final do século XVIII, com o advento e a expansão do capitalismo, determinaram a substituição do modelo Tradicional de Enfermagem pelo chamado modelo Vocacional ou de Arte, introduzido por Florence Nightingale. Era preciso higienizar, disciplinar e hierarquizar o hospital, considerado como um morredouro á época. Esta nova enfermagem, considerada moderna, organizada sob a ideologia da disciplinarização, tanto do ambiente hospitalar como de seus agentes, estendeu-se a outros países, encontrando nos Estados Unidos condições próprias ao seu desenvolvimento. No caso brasileiro, este modelo se impôs a partir da fundação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (atual Escola de Enfermagem Anna Nery) em 1923, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas e sob a égide da saúde pública (GERMANO, 1983). Femandes (1985), tomando como referencia os estudos de Braga, relata que esta emergência da enfermagem moderna coincide com o momento em que surgem os primeiros traços de uma política de saúde por parte do Estado. Esta política se dirigia, fundamentalmente, para o controle de endemias e epidemias, objetivando a criação de condições sanitárias mínimas, mas que fossem capazes de favorecer as relações de exportação e as políticas de imigração que, nesse momento, procuravam atrair mão-de-obra para o mercado capitalista. O serviço público federal constituía-se, portanto, um campo efetivo de inserção

do enfermeiro no mercado de trabalho, sobretudo na área de saúde pública. Após a II Guerra Mundial, os Estados Unidos assumiram uma posição de supremacia diante das outras nações. O sistema capitalista se reciclou e renovou, fortalecendo-se e impondo suas políticas, sobretudo nos países ocidentais. Também no campo da enfermagem, a influência norte americana se fez sentir, pela produção científica e de cursos de Pós-Graduação, as enfermeiras norte-americanas procuraram desenvolver um corpo de conhecimentos próprios que fosse capaz de conferir á enfermagem o status de ciência. No Brasil havia-se implantado o seguro social que se expandia rapidamente. Os crescimentos industriais, a celeridade do processo de urbanização, assim como o número crescente de assalariados viabilizavam o surgimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários respaldados em normas que privilegiavam abertamente a contratação de serviços de terceiros (NICZ, 1988). É neste contexto que a enfermagem encontra espaço para o seu desenvolvimento. Com o declínio dos serviços de saúde pública e o avanço da assistência hospitalar a enfermagem, que era eminentemente de saúde pública, passa agora a ocupar a rede hospitalar majoritariamente privada, empresarial e lucrativa, atendendo aos interesses capitalistas (CAPELLA et al., 1988, p. 164). Dessa forma, para atender ás necessidades do mercado de trabalho, "estimula-se a criação de novas escolas, assim como de cursos de auxiliares de enfermagem e de programas de treinamento em serviço para as chamadas práticas de enfermagem" (FEMANDES, 1985, p. 44). Quanto aos currículos de enfermagem, segundo Germano (1983, p. 37), não houve, a rigor, mudança sensível entre o currículo de 1923 e o de 1949, "ambos privilegiavam as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse forte tendência para o campo hospitalar". Já o currículo de 1962, priorizava a área hospitalar e a especialização. "A saúde pública, antes considerada tão básica, já não aparece como disciplina obrigatória do currículo mínimo, mas como especialização..." (GERMANO, 1983, p. 39). Nas décadas de 1960 e 1970, a orientação da Política Nacional de Saúde privilegiava "a prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde de caráter preventivo e de interesse coletivo" (TEIXEIRA, 1985, p. 49). Em 1972, o ensino de enfermagem passa a ser regido pela Resolução 4/72 do Conselho Federal de Educação e pelo parecer 163/72 e, no entender de Germano (1983, p. 40), em nada contribuiu para uma preocupação maior com os problemas básicos de saúde. Ao contrário, o mesmo foi antecedido por uma introdução cuidadosa, mostrando a necessidade de o enfermeiro dominar cada vez mais 'as técnicas avançadas em saúde', em razão da evolução científica. Neste mesmo ano, criou-se o primeiro curso de mestrado em enfermagem no país, ministrado pela Escola de Enfermagem Anna Nery. Entre 1973 e 1979 outros cursos foram implantados. A análise da produção científica destes cursos (assim como de duas Escolas de Saúde Pública, multiprofissionais) revelou que: a maioria das teses (44,4%) correspondia á área da assistência (aspectos intenos e técnicos da profissão); as áreas da profissão, ensino e saúde pública eram as menos trabalhadas, com uma porcentagem de 4,3%, 7,7% e 3,4% respectivamente; a área da profissão de enfermagem, onde estariam incluídos os estudos da profissão como prática social, que se relaciona com as outras práticas sociais na estrutura econômica, política e ideológica do país, não têm sido objeto de pesquisa (ALMEIDA ET al., 1981, p. 125). **Metodologia:** O seguinte estudo foi baseado em estudos de artigos, e revisão sistemática da literatura em relação ao tema abordado, na qual podemos evidenciar a evolução da enfermagem e sua consciência perante a sociedade, na qual a parti desses podemos formar um projeto que estou engajado o UFPE NA PRAÇA, que tem como objetivo levar à conscientização e informações a

população através de ações pública e voltada para a sociedade, pois Acreditamos na Enfermagem como prática social, e a fazer isso admitimos a possibilidade de levá-la a sair de sua confortável cápsula de assepsia e neutralidade acadêmica, de poucas trocas e poucas problematizações em relação ao presente e em relação à sociedade que ela está engajada, fazendo com que ela se dirija a todos. Ao sairmos das salas de aula estamos nos comprometendo com a sociedade, tendo a negociar, articular, brigar, para se fazer compreender e ser aceita por toda a população, que nossas ações são voltadas para sua melhora. **Análise e Discussão dos Resultados:** A análise dos resultados está sendo boas, visto que a população tem quase 100% de adesão na colaboração com o projeto, pois, muitos buscam suprir uma necessidade deixada pela a saúde pública, visto que os relatos mostram que quase nunca é feito uma ação coletiva, tanto para averiguar a saúde local, quanto à ação de conscientização da mesma, sobre seus problemas epidemiológicos. **Considerações Finais:** A teoria substantiva “Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora” foi determinada por um contexto que evidencia espaços múltiplos da organização social do cuidado de enfermagem, bem como potencialidades e competências específicas do enfermeiro, capazes de fortalecer as ações pró-ativas e os processos interativos no campo social. O enfermeiro possui um leque de possibilidades amplo e complexo para exercer a sua prática, no sentido de agregar valor social. Possui um campo aberto nos diferentes espaços e contextos, contudo, esses necessitam gradativamente serem explorados, a fim de apreender e responder de forma concreta e abrangente às contradições sociais emergentes. Para os enfermeiros, está clara a idéia de que o campo social, diferentemente das práticas institucionalizadas tradicionais, possibilita ampliar as relações e interações pelo contato direto com os usuários da saúde, famílias e comunidades. Possibilita fortalecer a democracia e a autonomia, tanto do profissional quanto do usuário. Possibilita o desenvolvimento de ações com ênfase na educação e promoção da saúde, além de causar um sentimento de maior satisfação e realização profissional. As práticas institucionalizadas, mesmo que proporcionem maior segurança e conforto estrutural, conforme expressos na fala dos entrevistados se mostram insuficientes do ponto de vista da autonomia, da criatividade e da inovação. Apesar do contexto favorável que evidencia espaços múltiplos da organização social do cuidado de enfermagem, a categoria “Confrontando-se com as contradições sociais emergentes”, identificadas como condição causal, evidencia que o sistema, qualquer que seja ele, precisa estar atento às perturbações do entorno social. Para manter a dinâmica organizacional e os espaços de atuação profissional, o sistema precisa estar aberto e sensível às perturbações do entorno social para continuamente renovar os seus elementos e, conseqüentemente, possibilitar novas e sempre mais complexas comunicações de sentido. Os entrevistados de modo geral, evidenciam que o enfermeiro necessita uma maior inserção no entorno social e uma participação mais ativa e efetiva no desenvolvimento de projetos políticos que expressem o compromisso face às contradições da sociedade atual. Confrontar-se com as contradições sociais emergentes, faz referência à necessidade de “entrar na realidade e indignar-se”, isto é, à necessidade de compreender e respeitar a complexidade da realidade da forma como ela se apresenta. Significa descobrir a organização específica de cada povo ou de cada comunidade, potencializá-la e apoiar-se nela para promover as práticas de saúde. Como condições facilitadoras do processo de ampliação e fortalecimento das ações/estratégias no desenvolvimento do cuidado de enfermagem como prática social, foram evidenciadas as interveniências político-pedagógicas, mais especificamente, às relacionadas com os princípios do SUS, às novas diretrizes de formação acadêmica e às diretrizes para o avanço

científico, tecnológico e de inovação da enfermagem. As interveniências político-pedagógicas se apresentam como condições facilitadoras, à medida que sinalizam para uma nova abordagem de intervenção social, não mais focada nos reducionismos do saber biomédico, mas centradas em ações pró-ativas integradoras. Ou seja, à medida que, para superar o enfoque reducionista, buscam adotar perspectivas integradoras de variáveis múltiplas, para captar amplamente a complexidade do processo saúde-doença. Ou ainda, à medida que primam pelas metodologias ativas e problematizadoras, voltadas para a inserção concreta ou no contexto real do usuário, família e comunidade. A categoria “Incrementando a formação profissional do enfermeiro”, potencializada pelas interveniências político-pedagógicas, foi evidenciada como estratégia capaz de ampliar as possibilidades empreendedoras do cuidado de enfermagem como prática social. Para os entrevistados de modo geral, é preciso que a enfermagem invista, gradativamente, no desenvolvimento de uma cultura profissional voltada para o empreendedorismo social. Para muitos, a história da enfermagem esteve, ao longo dos anos, centrada na produção ou desenvolvimento de práticas “assistencialistas” ou de práticas centradas no “fazer o bem gratuitamente”.

Palavras-chaves: Enfermagem social; Informação popular; prática social

GÊNERO E ENVELHECIMENTO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Sely Costa de Santana¹
Bianca Fonsêca Anízio²
Marcella Costa Souto³

INTRODUÇÃO. Dentre as consequências psico-sociais do envelhecimento destaca-se as diferenças de gênero, especificamente no que diz respeito da concepção do próprio envelhecimento. Os avanços da ciência e da tecnologia têm trazido significativas mudanças no processo de viver humano, no qual agregam repercussões importantes para o mundo cotidiano do trabalho, da educação, da pesquisa e da saúde. Ao pensarmos no ciclo de vida humano, do nascimento ao envelhecimento e à morte, torna-se imprescindível reconhecer às implicações da ciência e da tecnologia as perspectivas atuais do cuidado à saúde. A ciência e a tecnologias que constituem os meios para a formação de profissionais enfermeiros cuidadores e também pesquisadores, o que contribui para produção e ampla disseminação do conhecimento. As bases de dados eletrônicas são ferramentas promotoras dessa troca de conhecimentos entre os pesquisadores, de forma a proporcionar novas possibilidades de desenvolvimento científico e tecnológico (RAVELLI, 2009). Gênero é um conceito útil para entender a sociedade em que vivemos porque eles nos ajudam a compreender melhor o que representam homens e mulheres nas diferentes sociedades

(FIGUEIREDO et. al; 2007). Gênero nos permite compreender que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existem entre homens e mulheres não são simplesmente produtos de suas diferenças biológicas. Mas, sim construções resultantes das relações sociais, ou seja, das relações entre as pessoas e delas com a Natureza, no desenvolvimento de cada sociedade. Essas relações vão construindo a história e as culturas dos povos. Estudando o desenvolvimento dos povos, observou-se que homens e mulheres mudam de papéis, de cultura para cultura e, ainda, no interior de cada uma delas, dependendo do período e das condições históricas em que estão vivendo. Portanto as relações entre as pessoas em uma sociedade são orientadas por modelos, idéias e valores do que é masculino e feminino (SANTOS; BUARQUE, 2002). Resumidamente o conhecimento científico e empírico acumulado até o momento, nos permite afirmar que envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento, apesar de as crenças e atitudes negativas sobre a velhice ainda serem hegemônicas em alguns contextos culturais, sobretudo entre as sociedades ocidentais, e, possivelmente entre algumas sociedades orientais contemporâneas. Desse modo, há novos valores e conceitos em construção e que são difundidos em diferentes contextos do mundo, com a economia cada vez mais globalizada (NERI, 2006; BOSI, 2005; BEAUVOIR, 1990). No âmbito das atitudes e estereótipos considerar que todos os idosos são sábios ou que todos são incapazes é igualmente negativo (NERI, 2006; DEBERT, 1999). Na literatura gerontológica, envelhecer é considerar um evento e multifatorial, e a velhice como experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida. Diante destes fatos a realidade de um envelhecimento pleno esta crescendo progressivamente, pois políticas implantadas em diversos locais do mundo vêm garantindo melhores possibilidades de vida para este segmento. Tais políticas devem ser implantadas de modo a proporcionar um envelhecimento ativo, e que respeitem direitos, preferências, capacidades e dignidade dos idosos. A relevância do estudo dá-se através da necessidade de conhecer e avaliar a produtividade e qualidade das pesquisas dos autores e pesquisadores, permitindo assim a detecção e padrões de comportamento de citações em sua produção científica. Este estudo tem como objetivo identificar a produção científica acerca de gênero e envelhecimento em periódicos online, no âmbito da saúde, no período de 2005 a 2010; e investigar os enfoques relacionados às questões de gênero pertinentes ao idoso, contemplados nos artigos selecionados para a investigação. METODOLOGIA. Trata-se de uma pesquisa de natureza documental, constituída por vinte e uma publicações. A fonte de dados constituiu-se de produções publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados SCiELO. Os descritores utilizados foram “gênero and envelhecimento” e “gênero and idoso”. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2011. Em relação ao quântico da produção científica

pertinente a gênero e envelhecimento, identificou-se que o período de 2009 correspondeu ao maior número de publicações 47%. No que concerne à área de formação dos pesquisadores, a Enfermagem foi a mais representativa, com 28%. Para análise do material empírico, elegeu-se a técnica de análise de conteúdo. **ANÁLISE E DISCURSÃO DOS RESULTADOS.** A análise permitiu identificar duas categorias: comportamento de autocuidado e procura de serviços de saúde entre homens e mulheres idosos. Os resultados evidenciam que a temática gênero e envelhecimento merece atenção por parte de pesquisadores da área da saúde, com um número crescente de investigações. Pelo fato de lidarmos com um grupo etário que tem crescido muito em anos recentes, existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica. Como exemplo emblemático, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) reconhece pouco mais de 500 médicos como especialistas em geriatria, ou seja, profissionais que prestaram exame para obter o título de especialista, quando nos dias atuais a população de idosos ultrapassa 15 milhões de brasileiros. É evidente que excelentes médicos atendem idosos sem serem portadores da certificação da sociedade, mas a relação de 15 milhões para 500 não pode ser desconsiderada. Um exemplo que se observa, com frequência, no mercado assistencial é o de médicos com idade mais avançada, que possuem uma clientela fiel que os acompanha há décadas, e que, portanto, vai progressivamente envelhecendo. Dessa forma, tais profissionais prestam assistência a uma população composta basicamente por idosos, não por opção ou formação específica, mas pelo fato de médico e clientela terem envelhecido juntos. **CONCLUSÕES.** De acordo com o Ministério da Saúde (MS) o envelhecimento é um processo universal, marcado por mudanças biopsicossociais específicas e associado à passagem do tempo. É um fenômeno inerente ao processo da vida, que varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente. É ainda um processo de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma lentificação ou uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional. Entende-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo de realizar atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais. Envelhecer não significa necessariamente adoecer. Um indivíduo pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações impostas pelo passar dos anos e mantendo-se ativo até as fases mais tardias da vida. A importância de conhecer tais diferenças é pertinente tanto para os profissionais de saúde que trabalham cotidianamente com esta clientela como para as famílias. O envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde, particularmente em regiões onde a polarização

epidemiológica se faz mais presente. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário deve-se buscar o cuidado de forma holística e inserir os idosos na sociedade buscando melhor qualidade de vida e a plenitude da terceira idade. Contudo, considerando a problemática de gênero e idosos, urge a necessidade de uma maior disseminação da temática no campo da produção científica no âmbito da saúde, constatou-se que produção científica de enfermagem referente à terceira idade ainda é pequena, e é menor ainda quando se trata de estudos com enfoque nas questões de gênero, desta forma se evidencia uma negação das relações de gênero. O uso de recursos disponíveis na base de dados SciELO se mostrou interessante para a realização do estudo desse tipo em curto espaço de tempo, além de propiciar possibilidade de estudos posteriores com análise de outros indicadores. A contribuição desse estudo para a Enfermagem se deve aos indicadores resultantes quantos as instituições de pesquisa e aos periódicos que mais se destacam na produção científica. Espera-se que este trabalho possa subsidiar novas investigações, principalmente, no que diz respeito aos diferenciais de gênero em idosos.

Palavras-chave: Gênero. Envelhecimento. Idoso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n.19. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COELHO, F. J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquéritos domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, out., 1999.

FIGUEIREDO, M. L. F. et. al. As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.4, jul./ago., 2007.

FIGUEIREDO, M. L. F.; TYRREL, M. A. R. O gênero (in)visível da terceira idade no saber da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.58, n.3, mai./jun., 2005.

RAVELLI, A. P. X. et al. A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM E ENVELHECIMENTO: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.18, n.3, jul./set., 2009.

SANTOS, G.; BUARQUE, C. **O que é Gênero? Gênero e Desenvolvimento Rural**. Manual de Orientações para os Agentes da Reforma Agrária. Brasília: INCRA, 2002.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. mai./jun., 2003.

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E EDUCAÇÃO POPULAR: CONSCIENTIZANDO
ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS DE JOÃO PESSOA - PB**

Alana Franco da Silva¹

Aline Franco da Silva²

Introdução: Nas últimas décadas, a adolescência vem ocupando lugar de significativa relevância no contexto das grandes inquietações que assolam a sociedade de modo global, tanto no campo da educação quanto no campo da saúde. Os principais problemas que gera tal preocupação com os jovens dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva, a gravidez precoce, o aborto inseguro e as DSTs. Especialmente a gravidez e a maternidade na adolescência não planejada, com ênfase na ocorrência em menores de 16 anos, vêm preocupando profissionais de saúde, pais, educadores e toda a sociedade, tendo em vista os prejuízos pessoais e sociais, quando associado às precárias condições de vida, com pouco acesso aos serviços e bens de consumo, contribuindo assim para perpetuação do ciclo de pobreza. Segundo Cicco (2005). A gravidez precoce é considerada um problema de saúde pública no mundo todo. No Brasil, uma em cada quatro mulheres que dão à luz

nas maternidades tem menos de 20 anos de idade. De acordo com Sowers Phills (Apud, MAGALHÃES et, al., 2006), quando uma adolescente engravida, geralmente se vê uma nova e desafiante situação não planejada e até mesmo indesejada. Na maioria das vezes, a gravidez na adolescência ocorre entre a primeira e a quinta relação sexual. Quando a jovem tem menos de 16 anos, por sua imaturidade física, funcional e emocional, crescem os riscos de complicações, como o aborto espontâneo, parto prematuro, maior incidência de cesáreas, ruptura dos tecidos da vagina durante o parto, dificuldades na amamentação e depressão. Uma das conseqüências agravantes para o meio social, é que as mulheres são as mais prejudicadas. Ao engravidar, fatores como a vergonha e preconceito, as influenciam a deixar de freqüentar a escola, ato que após o nascimento do bebê é justificado pela necessidade de trabalho para o sustento do filho, uma vez que, em geral, a paternidade não é assumida, e quando é, submetem pai e mãe ao abandono escolar e ingresso no mercado informal e mal remunerado. Segundo dados da Secretaria de Saúde da Paraíba, somente neste Estado foi registrado aumento de 18 para 25 mil casos de gravidez entre jovens de 10 a 19 anos do ano 2000 para o ano 2005. Este fenômeno é verificado especialmente, mas não exclusivamente, na população de baixa renda, devido a condições de vida desfavoráveis, desconhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo, falta de suporte afetivo da família, deficiência de programas adequados de educação sexual e falta de acesso a métodos anticoncepcionais. **Descrição Metodológica:** Este estudo corresponde à pesquisa descritiva, quantitativa, de caráter exploratório, que utilizou questionários para obtenção das informações relevantes ao tema sexualidade, gravidez e evasão escolar. Segundo Thomas e Nelson (2002), a pesquisa descritiva baseia-se na detecção de problemas e práticas a serem melhoradas através da observação, análise e descrição objetiva, cujo método quantitativo implica em medidas precisas, controle rigoroso das variáveis e análises estatísticas. O levantamento de dados foi realizado com 466 alunos de $15,8 \pm 1,8$ anos de idade matriculados em escolas de ensino fundamental e médio na cidade de João Pessoa – PB. Os limites de idade acima referidos contemplam os jovens enquadrados com os maiores índices de atividade sexual e gravidez entre adolescentes. Este protocolo experimental encontra-se consubstanciado nas normas elencadas na resolução 196 do CONSEPE, a qual regulamenta as diretrizes éticas para realização de pesquisa em seres humanos. *Elaboração de questionário e análise de dados* - A abordagem estatística, preferencial na maioria dos estudos científicos, tem como objeto “populações”, isto é, conjuntos de dados coletados em condições específicas focadas pelo pesquisador. Optamos pela utilização de questionário com múltipla escolha pela praticidade do instrumento de avaliação e obtenção da resposta. Vale salientar que os alunos que participaram da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicita os direitos do participante ao anonimato ou à desistência de participar da pesquisa sem nenhuma conseqüência. **Resultados:** A análise dos 466 questionários respondidos pelos alunos das escolas públicas de João Pessoa mostrou resultados relevantes para que métodos alternativos de educação sexual sejam implantados para a consolidação do aprendizado sobre sexualidade e prevenção de gravidez. A maioria dos jovens participantes desta pesquisa mostrou conhecer adolescentes que engravidaram durante a fase escolar, dos quais a grande maioria optou ou foi levado a deixar a escola para se dedicar aos filhos, resultado preocupante e que demonstra uma relação direta entre a gravidez na adolescência e o abandono escolar. Em relação à melhor idade para o início da vida sexualmente ativa, grande maioria dos jovens indicou ser preferível a idade entre 18 a 21 anos corroborando com a pesquisa realizada com estudantes de escolas públicas

de Pernambuco, onde 48,4% dos entrevistados alegaram acreditar que a idade mais adequada seria acima dos 16 anos de idade. No entanto, daqueles que acham que a vida sexual deve ter início entre os 13 e 17 anos, a maioria era do sexo masculino, enquanto as meninas foram maioria no grupo que prefere ter início sexual entre 22 e 25 anos. Quando questionados sobre a decisão de ter filhos para garantir um relacionamento amoroso, ambos os meninos e as meninas manifestaram entender que a gravidez não é capaz de manter qualquer relacionamento. O questionamento referente aos hábitos de conversar e esclarecer dúvidas relativas à sexualidade mostrou que os jovens preferem conversar com amigos a buscar informações com professores ou com a família. Esses mesmos jovens apontaram saber das chances de engravidar na primeira relação sexual, mas não parecem conhecer de forma satisfatória o ciclo reprodutivo, a ponto de indicar o período menstrual como fase sem riscos para gravidez. Dos métodos anticoncepcionais conhecidos, a camisinha masculina o método mais conhecido entre os estudantes de escolas públicas da cidade de João Pessoa, sendo que 97,95% dos meninos e 94,4% das meninas entrevistadas afirmaram ter conhecimento deste método. Comparando estes dados com outro estudo, realizado na cidade de São Carlos-SP, no ano de 2007, percebemos uma aproximação dessas médias, na qual 85% dos meninos e 93% das meninas, estudantes de escolas públicas, afirmam ter mais conhecimento sobre esse método (SILVA, et al, 2007). Quanto à camisinha feminina, 84,1% dos meninos e 87,7% das meninas afirmou conhecer o método. Por maior porcentagem de conhecimento entre os adolescentes que, este método de barreira inventado no final dos anos 80 possua sua divulgação, praticidade e eficácia só têm se tornado conhecida nos dias de hoje, com ação de educação em saúde, promovida pelos profissionais da saúde através dos novos programas de políticas públicas, como o Programa Saúde da Família. A pílula anticoncepcional registra nesta pesquisa, 89% de meninas e 73,4% dos meninos que afirmam conhecer o método. Possui uma predominância feminina por tratar-se de um método hormonal que age no sistema reprodutor feminino. Percebemos que o conhecimento junto a este método permanece numa constante desde sua invenção, na década de 80, muito divulgada junto ao movimento feminista, ao comparar estes dados com outros coletados no Serviço de Obstetrícia da Associação Hospital de Cotia – SP, onde os valores quanto ao conhecimento sobre o método variavam quanto à idade, desde 37,5% em adolescentes de 13 anos à 76% em jovens de 19 anos (SCHOR e LOPEZ, 1990). Em se tratando à contracepção de emergência, conhecida como pílula do dia seguinte, os dados coletados acusam conhecimento de 63,7% das meninas e 58,6% dos meninos entrevistados. Uma estatística regular, comparando-a com dados coletados entre alunos de escolas públicas de Pernambuco, realizada em março de 2009 onde 65,1% dos entrevistados afirmaram ter conhecimento a cerca do método (ARAÚJO e COSTA, 2009). A tabelinha é um dos mais primitivos métodos de contracepção. Foi muito usada nas décadas de 70 e 80, porém devido à seu baixo índice de segurança foi dando espaço para métodos mais seguros, conforme os supracitados. Entretanto, ainda é considerado um método contraceptivo e 35,2% dos meninos e 53,7% das meninas, participantes da pesquisa alegaram conhecer o método. **Considerações Finais e Conclusão:** Trabalhar com assuntos relacionados ao comportamento dos jovens e aos problemas enfrentados por eles é uma tarefa bastante desafiadora, pois em um país de dimensões continentais marcado pela desigualdade econômica e social, os esforços para se criar políticas públicas direcionadas à saúde, a educação e os direitos dos adolescentes devem ser redobrados. O Brasil tem sido apontado como um dos países que apresenta taxa acima da média mundial de gravidez na adolescência, cerca de 50 nascimentos por 1000 mulheres (Relatório Mundial sobre População da

ONU). Estudos tendem a argumentar que a gravidez na adolescência repercutiria em abandono escolar e redução da escolaridade (Abeche, 2002). Assim, este estudo tomou como base essa problemática e buscou dados junto aos adolescentes entre 13 e 20 anos, estudantes do ensino público da cidade de João Pessoa, PB, com o intuito de poder reforçar o ensino sobre a prevenção da concepção e, conseqüentemente, diminuir os índices de evasão escolar entre os jovens. A faixa etária dos 10 aos 17 anos tem sido o foco de diversas campanhas sobre educação e saúde sexual e reprodutiva. Porém, os educadores ainda têm dificuldades em encarar o exercício da sexualidade entre adolescentes como um fato, o que apresenta-se como um grande entrave na efetiva implantação de programas de educação sexual em escolas de ensino fundamental e médio. Além disso, a falta de preparo e de atualização para o modo como o educador deve abordar o assunto também tem dificultado avanços nesta temática. Pesquisas com adolescentes mostraram que os métodos de ensino sobre educação sexual nas instituições escolares não são esclarecedores, nem informativos, nem explicativos, não possibilitando o conhecimento adequado sobre os temas de dúvidas dos adolescentes, o que culmina em elevação dos índices de gravidez e doenças sexuais cada vez mais precoces (OMS, 2004). Diante desta problemática, se torna de fundamental importância a inserção de profissionais da saúde e da educação na busca de formas de orientar e oferecer informações relevantes de forma clara e didática.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Abandono escolar; Métodos Anticoncepcionais.

Referências

ABECHE, A.M. **A Gestante Adolescente e seu Parceiro:** características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventudes e Sexualidade.** Brasília: UNESCO Brasil. p. 32- 34, 134-135, 2004.

ARAÚJO, M. S. P. e COSTA, L.O.B.F. – Comportamento Sexual E Contracepção De Emergencia Entre Adolescentes De Escolas Públicas De Pernambuco, Brasil. **Revista Cadernos de saúde Pública**, vol. 25 Num. 3. Rio de Janeiro, 2009.

CICCO, L. Gravidez precoce. **Revista Oikos**, Viçosa, v.16, p.63-87, 2005.

MAGALHÃES, M.; (et.al). Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos?, **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 1, n.3, 2º sem., 1996.

OLIVEIRA, N. S. , MOURA, E. R. F. et al. – Conhecimento E Promoção Do Uso De Preservativo Feminino Por Profissionais De Unidades De Referencia Para Dst/Hiv De Fortaleza – Ce: O Preservativo Feminino Precisa Sair Da Vitrine. **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 17, Num.1. São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, R. C. – Adolescência, gravidez e maternidade: percepção de si e a relação com o trabalho. **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 17, num.4. Agosto – 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Saúde reprodutiva de adolescentes**: Uma estratégia para ação. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Relatório mundial sobre populações**. Site: www.un.org/esa/population/

SCHOR, N. e LOPEZ, F. – Adolescência E Anticoncepção: Estudo De Conhecimento E Uso Em Puerperas Internadas Por Parto Ou Aborto. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 24, Num. 5. São Paulo, 1990.

Site: www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/. Acesso em 20/04/2008.

THOMAS, J. & NELSON, J. **Métodos de pesquisa em atividade física e saúde**. 3ª ed. São Paulo: Artmed Editora, 2002.

ZAR, JH. **Análise Biostatistical**. Quarta edição. **Upper Saddle River**, NJ: Prentice Hall, 1999.

GRUPOS DE DISCUSSÃO SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jeferson Costa Pereira Silva

(Acadêmico do 6º período de Enfermagem da UFPI, e-mail: jefersoncosta_20@hotmail.com)

Raylane da Silva Machado

(Acadêmica do 5º período de Enfermagem da UFPI, e-mail: raylane_phb@yahoo.com.br)

Raimundo Acássio de Andrade Júnior

(Acadêmico do 6º período de Enfermagem da UFPI, e-mail: racassio@hotmail.com)

Introdução: O Brasil teve ao longo de sua história, até meados da década de setenta, uma Educação em Saúde (quando havia essa educação) exclusivamente voltada para o interesse das classes dominantes (econômica e politicamente) que impunham práticas mercantilistas e autoritárias. Uma parcela de profissionais da saúde descontente com essa forma de educação passaram a executá-la utilizando um novo modelo, mais preocupado com as classes populares. Este modelo foi transformado em metodologia e sistematizado pelo educador Paulo Freire em uma nova perspectiva que objetiva a organização de um trabalho político participativo de libertação e conquista de direitos que passou a ser designada: Educação Popular. Esta tem várias vertentes entre as quais a Educação Popular em Saúde que pode ser entendida como um saber importante para a construção da participação popular servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, com também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa de ações sociais. Na

Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém vertical. No campo da saúde, embora já existam várias iniciativas de natureza ética no sentido de respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, ainda hoje se constata a predominância do modelo de educação linear, de orientação depositária, que se ancora em um modelo escolar de dominação. No modelo tradicional de educação temos o educador como único responsável pela determinação do programa de ensino a ser adotado. Nessa concepção, o programa não é formado e construído com a participação do grupo, e sim colocando-se o que se quer repassar para o grupo, caracterizando-se como um modelo depositário em que temos uma vertente unidirecional de transmissão de saber marcada pela verticalidade da relação educador e educando que, trazendo para nosso contexto este seria o sujeito educado e aquele o enfermeiro. Neste modelo, as pessoas, via de regra, se submetem a este tipo de relação – vertical e depositário - por acreditarem que a partir deste terão soluções prontas para os seus problemas ou por acreditarem que não detêm conhecimento para compartilhar supervalorizando um saber cientificista e subvalorizando seu saber empírico e popular. Não se torna produtivo desenvolver a prática de Educação Popular em Saúde com metodologias enraizadas nos modelos tradicionais, que não levam em consideração os saberes existentes e a realidade dos atores envolvidos. A Educação Popular em Saúde requer práticas metodológicas que problematizem as situações do cotidiano e que estejam embasadas no interesse coletivo e na proposta de transformação social. Este trabalho é relevante no tocante a sua temática central e também por mostrar a tímida, porém presente tentativa de amplificar em Teresina- PI os conhecimentos a cerca da Educação Popular em Saúde, para que esta possa ser implementada nas atividade realizadas pelo Centro Acadêmico junto a sua base e na comunidade. O objetivo deste é discorrer a cerca dos conhecimentos adquiridos por acadêmicos de enfermagem durante os grupos de discussão realizados no Centro Acadêmico de Enfermagem Rosa Luxemburgo - UFPI. **Metodologia:** Estudo descritivo da experiência adquirida por discentes de enfermagem ao realizar grupos de discussão relativos ao tema Educação Popular em Saúde e Enfermagem que ocorriam com frequência semanal durante o primeiro semestre do ano de 2011 e contava com a participação de todos os integrantes da gestão do Centro Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Análise e Discussão dos Resultados:** Inicialmente realizaram-se encontros semanais em que eram analisados textos referentes ao tema central “Educação Popular em Saúde”, para em seguida criar um elo entre a nossa realidade vigente e a Enfermagem prática tanto no seu papel de educadora na comunidade como assistencial, procurando de que forma poderíamos abordá-la nos trabalhos do Centro Acadêmico e também como poderíamos aplicar os conhecimentos sobre Educação Popular com os discentes do primeiro período na Semana de recepção aos calouros de Enfermagem da UFPI que ocorre sempre na primeira semana de cada semestre letivo. Mas tendo sempre como abordagem principal aquela que envolve a comunidade. Essas reuniões de estudo se mostraram bastante valorosas por nos aproximar de um conhecimento pouco discutido ou mesmo nem mencionado durante nossa vida acadêmica dentro do fluxograma apresentado pela UFPI. Tiramos como saber fundamentado em nossas reuniões e durante nossas discussões que para a construção do conhecimento alicerçado nas reflexões da práxis, é inevitável o envolvimento da comunidade num processo de participação que estabeleça uma reflexão crítica da realidade. Se fazendo necessário que acreditemos nas potencialidades e na autonomia dos cidadãos como sujeitos no cenário da promoção da saúde, como participantes e principais atores na transformação da realidade. O nosso cotidiano, como futuros enfermeiros, encontrar-se-á impregnado de atividades de educação em saúde. Sabemos que hoje essas ações encontram-se, na grande maioria, reduzidas à informação coletiva acerca do tratamento de doenças, enquanto a dimensão de empoderamento para o exercício da cidadania é muito limitada. Assim precisamos estar cientes de que as ações de educação em saúde precisam ser repensadas para transformar um agir em saúde fragmentado, alicerçado na imposição do conhecimento “científico”, ou seja, daqueles que se autodenominam detentores do

saber, em um agir coerente com as condições de vida da comunidade onde as classes populares possam encontrar-se como donas do conhecimento. Assim, é responsabilidade dos profissionais/educadores em saúde conhecerem as expectativas e a realidade de cada indivíduo, estando aptos para atender as demandas da coletividade, respeitando seus valores, crenças e saberes. Desta maneira, insurge um novo desafio para a ação educativa dialógica em saúde: o de converter a passividade dos sujeitos educados em posição ativa e crítica diante do saber científico “absoluto”. É neste contexto libertador, que surge a necessidade dos acadêmicos, futuros enfermeiros avaliarem novas formas de intervir na realidade de saúde embasando sua prática profissional no respeito e na confiança existente nas potencialidades dos indivíduos e da comunidade, com os quais interagem e formam parcerias nas ações de educação popular em saúde. Todos os debates a cerca desta temática fundamentaram-se buscando a compreensão de tudo o que aqui foi exposto, sendo altamente relevantes no que concerne a maturação de conhecimentos e a apropriação deste por parte, principalmente, dos integrantes mais recentes do Centro Acadêmico. Durante a exposição de suas idéias eles deixaram claro o quão novo eram alguns conceitos (como o de educação popular em si) e como alguns conceitos que lhe foram colocados ao longo da vida estudantil lhe eram tão naturais (como o da educação unidirecional, em que se encontravam apenas como recebedores do conhecimento que os professores tinham para lhes passar) e agora percebiam os interesses de classes dominantes que se encontravam por trás e que nos vedam muitas vezes os olhos, buscando nos retirar a visão crítica de partícipes da sociedade e detentores também de conhecimento. Ficou-nos evidenciado, em teoria, a possibilidade e a viabilidade da integração entre a Universidade e a Comunidade que pode ser consolidada através da construção de projetos em conjunto, que nos permitirá a troca de experiências e informações voltadas para a questão da saúde, promovendo também o fortalecimento da construção de processos de interação e socialização de conhecimento entre Comunidade e Universidade. Por fim enfatizamos que a educação popular em saúde deve ser vista numa perspectiva construtiva de cidadãos ativos, participantes e autônomos, deixando a posição de meros expectadores, conquistando uma atitude de sujeitos sociais conscientes de seus direitos. **Considerações Finais:** Os grupos de discussão, relativos à Educação Popular em Saúde, realizados pelo Centro Acadêmico de Enfermagem vêm possibilitando a troca de experiências políticas, pedagógicas e sociais entre os seus integrantes, ou seja, entre 13 alunos da graduação em enfermagem da Universidade Federal do Piauí. As experiências e os conhecimentos adquiridos durante essas discussões servirão de base para a criação e efetiva participação desses discentes em projetos cuja metodologia se baseia na Educação Popular de Paulo Freire, onde a educação em saúde possa ser praticada tendo como base a correlação saúde-doença e cidadania, além de se constituir uma prática diferenciada que considerará o valor dos vários saberes existentes, o que implica em um planejamento dinâmico das ações com reorientação permanente desta prática. Evidenciamos também a necessidade de construção e de manutenção de espaços de escuta, acolhimento e vínculo no desenvolvimento de práticas pedagógicas, pois as ações educativas em saúde devem ser entendidas de forma ampliada podendo ocorrer através desses espaços de conversas e escutas, fortalecendo cada vez mais os vínculos sociais e afetivos existentes, valorizando sempre o que a comunidade pode contribuir nesse “construir” conhecimento, tendo em vista suas necessidades, não àquelas que nós que estamos “por fora” podemos identificar, mas sim àquelas que a própria comunidade aponta como prioritárias. É necessário ressaltar que sabemos das dificuldades de se realizar uma proposta educativa fora do espaço universitário, mas temos conhecimento também de como este tipo de trabalho leva a modificação real da sociedade por trazer a tona o poder que as classes populares detêm.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Saúde. Conhecimento.

REFERÊNCIAS:

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva Problematizadora da Educação Popular em Saúde e a Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319. abr.-jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf> > Acesso em: 21 abr. 2011 doi: 10.1590/S0104-07072007000200015.

CARVALHO, M.A.P.;ACIOLI,S.;STOTZ,E.N. O Processo de Construção Compartilhada do Conhecimento: Uma Experiência de Investigação Científica do Ponto de Vista Popular. In: VASCONCELOS,E.M.(org). **A Saúde na Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo:HUCITEC,2001.

VASCONCELOS,E.M. Redefinido as práticas de Saúde a Partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde. In: VASCONCELOS,E.M.(org). **A Saúde na Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo:HUCITEC,2001.

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.

Átila Augusto Cordeiro Pereira¹

Emille Samara Silva Caribé²

Everson Vando de Melo Matos³

Introdução: A Educação Popular em Saúde atrelada à formação profissional do enfermeiro potencializa a construção de experiências inovadoras na formação e contribui para fortalecimento da dimensão pedagógica do trabalho de enfermagem. A educação popular em saúde é, na opinião de Vasconcelos (2007), um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde. O adjetivo popular refere-se à perspectiva política com a qual se trabalha junto à população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos. Para que, de fato isso ocorra é necessário refletir a interlocução entre os campos da Educação popular, da formação e do trabalho de enfermagem, apontando para a potencialidade da inserção de aspectos teórico-metodológicos da Educação Popular nos processos de formação em Enfermagem, já que é

1 Acadêmico de Enfermagem (UEPA). atila_augusto16cp@hotmail.com

2 Acadêmica de Enfermagem (UEPA); Licenciada em Biologia (IFPA). emillecaribe@hotmail.com

3 Acadêmico de Enfermagem (UEPA). Everson.melo@hotmail.com

no âmbito acadêmico que esse futuro profissional precisa ser sensibilizado para a importância de tais questões e são eles que a partir de então se aproximam das classes populares e com elas constroem vínculos afetivos e político-ideológicos; vínculos que promovem a vivência coletiva em torno de movimentos que levam a projetos de emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade. Para a construção do conhecimento alicerçado nas reflexões da práxis, é inevitável o envolvimento da comunidade num processo de participação que estabeleça uma reflexão crítica da realidade. Para isto, se faz necessário, acreditar nas potencialidades e na autonomia dos cidadãos para serem sujeitos no cenário da promoção da saúde, como copartícipes na transformação da realidade (Monteiro & Vieira, 2008). O cotidiano dos enfermeiros encontra-se impregnado de atividades de educação em saúde. Porém são na grande maioria, reduzidas à informação coletiva acerca do tratamento de doenças, enquanto a dimensão de empoderamento para o exercício da cidadania é muito limitada (Sousa et. Al, 2008). Desta forma, as ações de educação em saúde precisam ser repensadas para transformar um agir em saúde fragmentado, alicerçado na imposição do conhecimento científico sem relação com as condições de vida da comunidade. Assim, é responsabilidade dos profissionais/educadores em saúde conhecerem as expectativas e a realidade de cada indivíduo, estando aptos para atender as demandas da coletividade, respeitando seus valores, crenças e saberes. Com isso objetiva-se através desse trabalho, refletir acerca da importância da Educação Popular em Saúde na formação dos profissionais de enfermagem, desta forma, emerge uma posição de desafio para a ação educativa dialógica em saúde: a de converter a passividade dos sujeitos educandos em posição ativa e crítica, diante da “completude” do saber científico (Alvim & Ferreira, 2007). É neste contexto emancipatório, que surge a necessidade dos enfermeiros, visualizarem novas formas de intervir na realidade de saúde alicerçando sua prática profissional no respeito e confiança nas potencialidades dos seres humanos com os quais interagem e pactuam parcerias nas ações de educação popular em saúde. **Metodologia:** Por se tratar de revisão bibliográfica, utilizou-se de leitura e reflexão de artigos científicos e de literatura especializada no assunto. A leitura possibilitou identificar como a temática educação em saúde - na concepção de prática entre sujeitos e mediadora dos cuidados com a saúde - tem sido abordada na literatura de enfermagem e ainda quais as implicações que essa prática tem provocado, particularmente no ensino, mas também nos demais âmbitos de atuação profissional. **Discussão dos resultados:** Através desse estudo bibliográfico confirmou-se a importância de formar trabalhadores de saúde capacitados a compreender e responder às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais. De acordo com o Ministério da Educação, o estudante graduado em Enfermagem deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas de forma que ele consiga estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões (Brasil, 2001). Porém o que ainda se percebe é uma formação academicista e não reflexiva dentro do curso de enfermagem o que reflete nas ações futuras do profissional enfermeiro em lidar com ações educativas, para Vasconcelos (2004), a Educação Popular em Saúde não pode ser ensinada maciçamente através de disciplinas teóricas. Ele diz que situações pedagógicas podem ser criadas, orientadas pela experiência acumulada da Educação Popular, em que seriam problematizadas as vivências e indignações dos profissionais em sua relação com a realidade, afirma ainda que na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém de cima para baixo; diz que essa a educação popular enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Com base nessas informações obteve-se que um dos maiores desafios do movimento da Educação Popular em Saúde é o delineamento mais preciso das estratégias educativas de sua incorporação ampliada nos cursos de graduação de todos os profissionais de saúde, na formação de agentes comunitários de saúde, na educação permanente dos trabalhadores

do SUS e nos cursos de pós-graduação. Para apropriação dessa temática pelos acadêmicos e futuros profissionais de enfermagem, tem-se por hipóteses que as dificuldades encontrada sejam a grade curricular focada em disciplinas biológicas e médicas, a escassa produção literária a respeito desse tema e a carência de profissionais de saúde que utilizam ou indicam a utilização dessas práticas. A carência de profissionais envolvidos nessa temática pode se justificar pela ausência de conhecimento devido a formação oferecida pela Universidade que reproduz o modelo biomédico. Sobre a reprodução do modelo biomédico, Lemos et.al(2001)demonstram que os profissionais da área hoje tem uma formação predominantemente alopática tendo sua prática baseada no conhecimento de outras áreas, e por desejarem ser reconhecidos pelo conhecimento científico, os enfermeiros têm incorporado e reproduzido o modelo biomédico. Porém a carência de profissionais com esta formação específica não é justificativa para não pensar a abordagem desse conhecimento na graduação, o que pode ser comprovado com o recente exemplo da Universidade de Brasília que será a primeira no Brasil a ter uma disciplina de módulo livre baseada nos saberes tradicionais e ministrada por especialistas das respectivas áreas como raizeiras, xamãs indígenas, líderes espirituais com funções e poderes ritualísticos. Essa disciplina, na qual os docentes não possuem mestrado ou doutorado, visa promover um diálogo, uma troca de conhecimentos (Brasilia, 2010). No que diz respeito a grade curricular, pressupõe-se que o fato de ser focada em disciplinas biologicistas seja um fator que colabore com o despreparo profissional do enfermeiro em lidar com as ações educativas para a comunidade. Para Vasconcelos (2009), esse despreparo é devido à formação do profissional da enfermagem. Nesse sentido, esse autor diz que “A participação do profissional de saúde neste processo de elaboração é dificultada pelo fato de sua formação não valorizar e não prepará-lo para lidar com dimensões subjetivas não expressas de forma racional e clara”. Tais questões podem ser melhor exploradas especificamente em pesquisas futuras. Acreditamos que a partir desses “pequenos movimentos” que ocorrem no ambiente pedagógico podemos alimentar “grandes movimentos” que resultem na ampliação da competência técnica, da consciência crítica e da autonomia do futuro profissional. Espera-se formar um profissional que, partindo das diversas situações de realidade encontradas, esteja apto a identificar e a entender que os processos de aprendizagem acontecem na vida e não apenas dentro dos currículos e das instituições formais. **Considerações finais:** A Educação Popular em Saúde por meio dos princípios do diálogo, do respeito à diversidade e da valorização de sujeitos coletivos nos permite avançar numa formação profissional voltada para a construção coletiva do saber. Há que reconhecer os limites que qualquer estrutura curricular impõe ao aprendizado, estimulando o desenvolvimento de outras vivências, em articulação com as organizações comunitárias e movimentos sociais da área da saúde. É necessário estimular a participação discente, sendo estes, elementos potencializadores não apenas das lutas pela conquista da saúde, mas também da atuação de enfermeiros comprometidos com um projeto coletivo de saúde. A educação popular em saúde vem então estreitar os laços entre a academia, comunidades e movimentos sociais. Esperamos com esta discussão contribuir para os debates sobre a formação e o trabalho de enfermagem, na perspectiva de uma prática profissional comprometida com um projeto social mais amplo de mudança, através da Educação Popular em Saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde; Educação em enfermagem; Educação popular.

Referências Bibliográficas

Alvim N.A.T; Ferreira M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007.

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

João Pessoa – Paraíba

24 à 31 de julho de 2011

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

Brasília, Universidade de Brasília. 12/07/2010. UnB Agencia. **Xamãs, artesãos e mestres da cultura popular serão professores da UnB.** Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=3584> > Acesso em: 18 de março, 2011.

LEMOS, J.Z.BATISTA,T.A.CANCIAN,T.A.**Terapias alternativas sob o olhar dos alunos graduandos em enfermagem.** 2001 .Disponível em <<http://www.baraodemaua.br/comunicacao/publicacoes/jornal/v1n2/artigo07.html> > Acesso em : Abril, 2011.

Monteiro, E.M.L.M; Vieira, N.F.C. (Re) Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife – PE. Recife: EDUPE; 2008.

Sousa LB; Aquino OS; Fernandes JFP; Vieira NFC; Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

Vasconcelos, E.M. Educação popular: instrumento da gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007, p. 18-29.

Vasconcelos, E.M.**Educação Popular** :de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Rev. Saúde Coletiva, v.14,n.1,p.67- 83, Rio de Janeiro, 2004.Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf> > Acesso em: 13 de maio de 2009.

Vasconcelos, E.M.**Espiritualidade na Educação Popular e Saúde.** Cad. Cedes, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/03.pdf> >. Acesso em : 02 de maio de 2011.

**IMPORTÂNCIA DO LÚDICO NO PROCESSO ENSINO X APRENDIZAGEM EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Juliane Machado de Santana(redatora)

Iracema de Jesus Almeida Alves

Nauã Rodrigues de Souza

A fase infanto-juvenil precisa de uma maior atenção, por se encontrar em uma situação de maior vulnerabilidade devido ao estágio de crescimento e desenvolvimento em que se encontram sofrendo as maiores repercussões sobre a sua saúde. (SANCHEZ e MINAYO, 2004). Nem sempre as crianças têm oportunidade de crescer em um ambiente que proporcione um desenvolvimento saudável, e nem sempre os adultos tomam para si a responsabilidade de garantir esse ambiente. Dar oportunidade para que a criança possa sentir, explorar, conhecer o mundo em que vive, podendo exercitar seus sentidos de forma lúdica e prazerosa, é dever de todos nós, adultos. Da mesma forma,

devemos respeitar seus limites e suas possibilidades, reconhecendo-a como produtora e inovadora da cultura em que está inserida.(PEREIRA, 2011). A violência é considerada um dos grandes problemas de saúde pública, estando esta cada vez mais presente na sociedade. Atualmente no Brasil muitas crianças são vítimas de violência e maus-tratos, talvez devido a sua imaturidade, inocência, ou infração dos seus direitos. O termo maus tratos é definidos por não só a violência física, mas também a todo o ato que cause dano a integridade moral, física, mental, emocional ou social da criança³. Ele pode ser também entendido como omissão, supressão ou transgressão dos direitos da criança e do adolescente. Apesar de só ter conseguido destaque no final dos anos 80, sendo tratados na Constituição Federal, art. 227 (BRASIL, 1988) o termo maus-tratos são tão relevantes que existem mecanismos legais e instituições que se voltam para a prevenção e para a intervenção frente à sua ocorrência. (GOMES et al., 2002) Já a violência intrafamiliar e institucional são formas agressivas e cruéis de se relacionar no interior das famílias, na escola e em instituições como albergues e internatos, produzindo danos físicos, emocionais, sexuais e até mesmo a morte. A violência intrafamiliar e a institucional são produzidas muitas vezes como justificativa de educar e corrigir os erros de comportamentos inadequados de crianças e adolescentes. (SOUZA e JORGE, 2004) A Constituição Federal determina como obrigação do Estado, da Família e da Sociedade defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Infelizmente, tal determinação é insuficiente para ocultar a triste realidade brasileira em que a pobreza, o analfabetismo e o trabalho infantil - como formas de violência - impedem o suprimento das necessidades básicas e elementares do contingente infantil(CAMARGO CL;BURALLI, KO,1998). A criança e o adolescente têm seus direitos, aqui no Brasil, proclamados em alguns documentos. O primeiro, mais estrutural de todos pois define os direitos de todos os brasileiros enquanto cidadãos, é a Constituição Federal de 1988³. Nossa Carta Magna, além de garantir a assistência integral à saúde, a licença-gestante e a licença paternidade, e assegurar, também, o direito da criança de zero a seis anos de idade a frequentar a pré-escola (ou educação infantil, como se chama atualmente), afirma em seu art. 227: ***É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão***(GOMES, 2010). O outro é o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, lei sancionada em 1990, contribuiu para a proteção integral da criança e do adolescente⁶. Através da ECA há possibilidades de abolir qualquer tipo de negligência direcionada a infância e a juventude. O ECA tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados, art. 13, prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que não notificassem os casos de seu conhecimento, art. 245. (GONÇALVES e FERREIRA, 2002). Portanto torna-se necessário o conhecimento da legislação pelas crianças e os jovens, os pais ou responsáveis, assim como os profissionais de saúde no intuito de assegurar os direitos básicos de pessoa humana.⁷ Como transmissão eficaz das informações sobre os direitos e deveres das crianças e adolescentes, sabe-se que a partir de brincadeiras, os educadores podem criar oportunidade de aprendizagens que estimulem "a vivência, a aquisição de novas competências, saberes e habilidades" (Wajskop, 1999, p. 13). A brincadeira por ser entendida como um fator de grande importância nos aspectos de enriquecimento cognitivo é fundamental para o desenvolvimento infantil por meio de uma intervenção educativa reflexiva, conforme sugere Moya

(1988). Toda uma escola de pensamento, retomando os grandes temas românticos implantados por Jean-Paul Richter e E. T. A. Hoffmann, vê no brincar o espaço da inspiração cultural por excelência. Um pensamento segundo o qual o espaço lúdico vai permitir ao indivíduo criar e entreter uma relação aberta e positiva com a cultura, recriando a experiência socio-cultural do indivíduo, que vem sendo substituída ao longo dos tempos. (Brougère, 1998). Um outro meio lúdico usado como facilitador para a aprendizagem de conceitos nas crianças é o teatro pois através do brincar de "faz-de-conta", e principalmente pela imitação (OLIVEIRA, 1997), a criança tem a possibilidade de interiorizar o conteúdo observado na sociedade. O teatro possibilita à criança, dentro do seu limite cênico, movimentar, expandir, testar, descartar e expressar aquilo que ela observa na sociedade. (BAQUERO, 1998). Segundo MENEGHETI o teatro pode ser utilizado como excelente ferramenta pedagógica na escola, além de suas atividades proporcionarem a criação de "zonas de desenvolvimento proximal" quando trabalhado com salas de diferentes faixas etárias. Diante desse aspecto, deve-se levar em consideração o fato de que crianças e adolescentes são cidadãos em condição peculiar de desenvolvimento sendo-lhes necessário a garantia dos seus direitos e deveres constitucionais das crianças e adolescentes, de forma que a transmissão da informação seja de maneira satisfatória, e também usá-la para uma melhorar a compreensão das crianças e adolescentes, o lúdico foi escolhido sendo um meio de comunicação hábil a essa faixa-etária. ². O trabalho foi desenvolvido através do projeto de extensão intitulado: Crianças conhecendo os meus direitos através do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Foram realizadas oficinas no auditório da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) no período de maio de 2010 utilizando-se a história da Turma da Mônica sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, através de peça teatral com participação dos atores, estes, alunos de graduação do curso de enfermagem. Posteriormente foi realizada uma gincana com perguntas e resposta direcionadas ao tema proposto, para as crianças e adolescente como meio de brincadeira, e ao final foram dadas premiações aos grupos vencedores, no intuito de estimular a participação e o desenvolvimento cognitivo do público em questão. Os sujeitos participantes forma crianças entre 7 e 12 anos matriculadas na escola Cidadão Herbert de Souza, esta sendo uma escola pública localizada na Universidade de Pernambuco. Esse trabalho teve por objetivo principal subsidiar o desenvolvimento saudável nos aspectos emocionais, sociais, e cognitivos das crianças através do lúdico na transmissão do conhecimento dos seus direitos e deveres adquiridos pelo ECA. Como objetivos específicos oferecer atividades educativas através de oficinas de trabalho, abordando o tema Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), possibilitar o interesse das crianças utilizando peça teatral com atores do gibi da turma da Mônica e também possibilitar oportunidade de vivência e aprendizagem nas relações interpessoais, construção dos vínculos de amizades, consciência dos direitos e deveres como cidadão e redescoberta de valores como respeito às diferenças individuais, convívio social, religião e família. Como resultado observou-se que através do trabalho, obteve-se êxito na aprendizagem e desempenho das crianças em relação às informações que foram passadas a elas sobre o ECA. O comportamento das crianças foi extraordinário, e contabilizou-se a participação de todas, para o objetivo final, vencer a gincana, ao qual a equipe vencedora foi premiada com os brinquedos que costumam serem os mais utilizados para o público feminino como bonecas, e quites maquiagens e para o público masculino, carrinhos e bolas de futebol. Conseguimos concretizar os nossos objetivos específicos, pois realizamos as atividade educativas como desejado, foi observado o interesse das crianças pelo tema transmitido e por meio da gincana

o objetivo específico de construção de vínculos de amizade também foi alcançado. Diante da experiência presenciada, concluiu-se que a atividade lúdica apresenta uma importante maneira de ensino através do estímulo e da diversão, utilizando-se como principal forma da transmissão do conhecimento a linguagem teatral e de brincadeiras associadas, possibilitando com isso uma educação inovadora que facilita a aprendizagem com garantia da consciência dos direitos e deveres das crianças e adolescentes.

PALAVRAS CHAVES: Violência, Defesa da Criança e do Adolescente, educação popular em saúde.

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS EM ONCOLOGIA DIRECIONADAS A PACIENTES DO INTERIOR DO ACRE

Aryel Thomaz Fontenelle de Melo¹; Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges²

¹Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Acre – UFAC. Relator do trabalho.
e-mail: thomaz_totia@hotmail.com

²Mestre em Saúde Coletiva, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Acre – UFAC.
e-mail: mariafernanda_ufac@hotmail.com.

Introdução: De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, apresentando em torno de 12,7 milhões de casos novos e cerca de 7,6 milhões de óbitos na população mundial em 2008, com estimativas de incidência de 21,4 milhões de casos novos para o ano de 2030 (WHO, 2011). No Brasil, as estimativas de incidência publicadas pelo Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2010, válidas

também para o ano de 2011, apontam a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, sendo que os tipos mais incidentes, excetuando casos de câncer de pele do tipo não melanoma, serão o câncer de próstata, pulmão, estômago e cólon e reto na população masculina, e o câncer de mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão no sexo feminino (BRASIL, 2009). De forma geral, a transição nas características epidemiológicas das morbidades predominantes no Brasil se configura com a redução das doenças transmissíveis e aumento da magnitude das doenças crônicas não transmissíveis. Essa modificação nos padrões de saúde e doença foi desencadeada ao longo dos anos, acompanhando o processo global de industrialização, redefinição de padrões de consumo e trabalho, redução nas taxas de mortalidade e natalidade, aumento na expectativa de vida e envelhecimento da população, contribuindo para o desenvolvimento das doenças crônicas, em que se destacam as neoplasias (GUERRA et al., 2005). Reconhecendo que o câncer configura-se como um grave problema de saúde pública em todo o Brasil, o Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA) lançou o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, denominado Projeto Expande, a fim de ampliar a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e minimizar as desigualdades regionais na oferta da assistência oncológica (MARQUES, 2002). Por meio dessa iniciativa governamental, desde o ano 2000 foram implantados diversos Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs e UNACONs) em diferentes regiões do país, dispondo de recursos humanos e infra-estrutura para a atenção ao usuário com câncer. No Norte, o Acre foi um dos estados contemplados, cuja unidade hospitalar foi inaugurada em Rio Branco, capital do Estado, na metade do ano de 2007. Desde então, atendimentos especializados em câncer são oferecidos, tornando o Hospital do Câncer do Acre referência para o tratamento oncológico à população acreana (BRASIL, 2006). Contudo, embora o acesso ao tratamento oncológico esteja previsto pelo sistema público de saúde, o enfrentamento do câncer representa um grande desafio para as pessoas que recebem esse diagnóstico, por envolver não somente os efeitos físicos da doença e os efeitos colaterais produzidos pelo tratamento, como também por atingir o aspecto emocional e social dos portadores, os quais podem experimentar sensação de ameaça à integridade psicossocial, incerteza de cura, medo de reincidência da doença e de ocorrência de morte, entre outros efeitos, que tendem a afetar também seus respectivos familiares ou acompanhantes. Diante desses fatores, estudos ressaltam a importância das ações educativas e informativas como estratégia favorável para melhor enfrentamento da doença (ALMEIDA et al., 2001; PINHEIRO et al., 2008). Sendo assim, em 2010 foi criado o Projeto de Extensão “Câncer: saiba mais para enfrentar melhor”, com a finalidade de proporcionar informações relacionadas ao câncer e seu tratamento aos portadores de neoplasias oriundos do interior do estado para realização de tratamento no Hospital do Câncer do Acre. Considerando a relevância da temática oncológica e a importância do conhecimento adequado para melhor enfrentamento do câncer, o presente trabalho tem como finalidade apresentar um relato de experiência vivenciado por um acadêmico de enfermagem participante do mencionado projeto de extensão. **Metodologia:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência, com estratégia de observação participante, realizado nos meses de fevereiro a abril de 2011. O cenário do estudo foi a Casa de Apoio Amigos do Peito, uma entidade não governamental sem fins lucrativos, que oferece hospedagem gratuita às pessoas com câncer oriundas do interior do Acre que não possuem estadia em Rio Branco, município de referência para o tratamento oncológico. No período mencionado, foram apreciados os quatro primeiros encontros educativos do ano de 2011 do Projeto de Extensão “Câncer: saiba mais para enfrentar melhor”, inserido no Programa Saúde e Qualidade de Vida da Universidade Federal do Acre. O projeto é executado na Casa de Apoio Amigos do Peito e conduzido por acadêmicos de enfermagem bolsistas e voluntários, sob supervisão docente, com a finalidade de proporcionar informações sobre a temática oncológica aos moradores da referida Casa de Apoio quanto aos aspectos relacionados ao conhecimento do câncer, fisiopatologia da doença, tratamento e cuidados a serem empreendidos. **Análise e Discussão dos Resultados:** No ciclo de encontros analisados, em torno de 20 pessoas

participaram das reuniões, incluindo pacientes e acompanhantes, alcançando quase a totalidade dos moradores da Casa de Apoio. A primeira reunião foi delineada com a finalidade de promover interação entre o grupo, por meio de dinâmica de envolvimento coletivo. O método consistia em cada participante segurar um rolo de barbante e informar nome, cidade de origem e o que mais gostava de fazer, repassando a continuidade do fio para qualquer outra pessoa do grupo, incluindo os facilitadores do projeto de extensão. A estratégia permitiu que todos pudessem se conhecer melhor, falando de coisas simples e de boas lembranças. No final da apresentação, uma teia de barbante estava formada e o grupo identificou que simbolizava a união dos moradores da casa e o encontro de pessoas de diferentes lugares. Momentos de alegria foram seguidos no desenrolar do barbante quando cada pessoa foi solicitada a lembrar do que o companheiro mais gostava de fazer. A técnica utilizada se configurou como instrumento pedagógico de motivação e desinibição, favorecendo a aceitação e assimilação de conhecimentos posteriores (ANTUNES, 1996). No segundo encontro, o conceito de câncer foi trabalhado por meio de recursos visuais e utilização de linguagem facilitada para compreensão dos aspectos relacionados ao tema. Exemplificando, os participantes desconheciam termos como célula e metástase, sendo utilizada a imagem da construção de uma casa com tijolos para ilustrar a conformação tecidual orgânica e vídeo demonstrando o processo metastático. A utilização de recursos visuais e de linguagem científica adaptada aos termos comuns auxilia na superação de um dos principais obstáculos para a apreensão do conhecimento, o obstáculo verbal (LOPES, 1993). Além de esclarecimentos relacionados ao desenvolvimento do câncer, o encontro possibilitou a reflexão sobre alguns paradigmas comuns à sociedade, como a relação indissociável da doença com a morte, estigma que afeta negativamente o enfrentamento do câncer pela pessoa que recebe o diagnóstico e por seus familiares. Nesse sentido, a divulgação das possibilidades de cura pelo tratamento empreendido estimula o sentimento de esperança e amparo entre os pacientes (KOVÁCS, 2003). No terceiro e no quarto encontro, foram abordados os aspectos relacionados ao tratamento com quimioterapia e com radioterapia, respectivamente. Embora tais modalidades de tratamento sejam vivenciadas ou observadas no cotidiano dos pacientes e cuidadores, a compreensão da terapêutica e dos cuidados relacionados foram relatados como temas de dúvidas no conhecimento prévio dos participantes. Novamente, a utilização de imagens exemplificando as modalidades terapêuticas facilitou a explicação do mecanismo de ação da quimioterapia e da radioterapia no tratamento tumoral e os efeitos nos tecidos orgânicos saudáveis. Fotos reais do aparelho de Cobalto 60, utilizado no setor de radioterapia do Hospital do Câncer do Acre, e da sala de comando favoreceram o entendimento dos pacientes em tratamento radioterápico, que identificaram o local comumente frequentado. A explicação passo a passo do que acontece desde o momento em que os pacientes são posicionados no aparelho e passam a ficar sozinhos na sala para receber a aplicação da radiação foi atentamente ouvida pelos participantes. O esclarecimento do método terapêutico promove transparência e aprimora a confiança dos pacientes, tornando-os não apenas sujeitos, mas participantes do conhecimento prático, aspectos que estão de acordo com as propostas reformadoras da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004). Outro importante ponto a ser destacado foi a elucidação quanto à alimentação adequada e os cuidados direcionados aos efeitos colaterais do tratamento, com a escolha de informações que abrangiam alimentos e cuidados que estivessem ao alcance dos participantes, tendo em vista que a maioria dos pacientes que se hospedam na Casa de Apoio Amigos do Peito possui baixa renda e baixa escolaridade. Nos processos educativos em geral, é necessário considerar a cultura e o nível socioeconômico do público alvo, a fim de facilitar a aprendizagem e a aplicabilidade do conhecimento transmitido. O processo de educação em saúde é uma prática que permite a interação de saberes e a autonomia de grupos de forma partilhada e reflexiva, devendo ser orientado por estratégias que auxiliem na adoção das instruções elencadas (BRANCO, 2005). No final de todos os encontros, a equipe do projeto de extensão permanecia por algum tempo no ambiente, colocando-se à disposição para outros questionamentos que os

moradores da Casa possuíssem e desejassem esclarecer de forma particular, situações que ocorreram frequentemente, tendo como assuntos comuns os aspectos relacionados à sexualidade e preocupações com a recorrência da doença. Em todas as reuniões, o público alvo foi unânime nos agradecimentos pela oportunidade de conhecimento ofertada. **Considerações Finais:** A participação em intervenções educativas direcionadas a pessoas portadoras de câncer constitui uma experiência enriquecedora para a formação acadêmica de enfermagem, por permitir a aproximação com a temática oncológica, assunto de extrema relevância para a saúde humana nos últimos anos, além de estimular a sensibilização profissional para a importância da transmissão do conhecimento como meio de facilitar os cuidados relativos à superação da doença. Considerando o público alvo da experiência relatada, a contribuição educativa se apresentou como indispensável, tendo em vista que grande parte das pessoas hospedadas na Casa de Apoio possuía conhecimento limitado sobre o assunto e dificuldade de acesso ao conhecimento prévio por serem oriundas de diversificadas regiões do interior do Estado. Na enfermagem, o processo educativo é parte integrante da assistência, contribuindo para a segurança e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores. Iniciativas voltadas para a educação em saúde tanto no enfoque preventivo, quanto na divulgação de conhecimento voltado para o melhor enfrentamento de doenças configura-se como uma estratégia fundamental a ser empreendida na área da enfermagem oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIAS; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA A.M. et al. Construindo o significado da recorrência da doença: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 63-9, set.-out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7800.pdf>> Acesso em: 26 maio 2011.

ANTUNES, C. **Manual de técnicas de dinâmica de grupo, de sensibilização, de ludopedagogia.** 10º ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRANCO, I.M.B.H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n.2, p. 246-9, abr-jun. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília (DF); 2004

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2009.

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. Canc.**, v.51, n.3, p.227-

234, 2005. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03 /pdf/revisao1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf)>. Acesso em: 27 maio 2011.

KOVÁCS, M.J. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOPES, A. R. C. Livros didáticos: obstáculos verbais e substancialistas no aprendizado da ciência química. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 177, n. 74, p. 309-334, 1993.

MARQUES, C. P. Projeto de expansão da assistência oncológica: EXPANDE, um novo modelo Assistencial. 2002. 132p. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002.

PINHEIRO, C.P.O. et al. Participação em grupos de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n.4, jul.-ago.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_13.pdf > Acesso em: 23 maio 2011.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

O CUIDAR EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ícaro Piton Soares Santos*
Agenor de Jesus Junior*
Lucas Tadeu de Lima Moreira*

RESUMO: No século XX, a medicina científica ocidental saltou significativamente na área tecnológica. Tal fato permitiu a valorização do sistema produtivo capitalista e conseqüentemente o seu poder de intervenção no corpo humano a fim de moldá-lo às necessidades da produção (a doença utilizada para acumulação de capital). Desse modo, um paradigma mecanicista cada vez mais forte contribuiu na formação da visão de ser humano que perde a sua integridade e consciência social e cultural de si mesmo e se torna um objeto de manipulação. Tal desvalorização do cuidado culmina em um processo de alienação e perda de autonomia, uma vez que o cuidado constitui,

historicamente, a essência da prática de enfermagem. A tentativa de resgatar o papel de cuidar na enfermagem significa, portanto, recuperar ou reconstruir o sentido profissional da enfermagem. O objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura sobre o cuidar de enfermagem. Para isso utilizou-se o método de revisão assistemática da literatura no período de maio de 2011 em bases de dados eletrônicas. Resultados: O processo de cuidar e o cuidado ao paciente são específicos da enfermagem que faz parte de um conjunto de ações que são pouco valorizadas em contexto hospitalar, por exemplo. Nesse contexto, a enfermagem só poderá adquirir pleno significado quando englobar cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados em relações interpessoais e de reflexão como ferramenta/auxílio para rever a própria prática na profissão. A enfermagem é, ainda, bastante submissa à hierarquia hospitalar, ao paradigma mecanicista (que organiza esta hierarquia) e ao modo de produção capitalista, que forja e reforça este paradigma, transformando o indivíduo tratado em um produto. A consequência mais importante dessa submissão, que traz a desvalorização tanto do cuidar como do papel educativo do enfermeiro, valoriza a competência técnica, contudo restringe a institucionalização do saber da enfermagem, que é relacionado à ampla dimensão do processo de cuidar. Esta problemática está sendo questionada em vários âmbitos, inclusive no hospital. Tal questionamento está propiciando a inovação, a reconstrução e a reorganização dos processos de trabalho em saúde. Um dos modos utilizados é a prática reflexiva. Ao refletir existe a vantagem de se interferir na situação em desenvolvimento. Por outro lado, a reflexão possibilita, além de adquirir maior conhecimento sobre a prática e as ações nela envolvidas, gerar novos conhecimentos. Envolve a experiência vivida e trata-se também de uma reflexão pessoal, incluindo análise de valores e princípios e, desta forma, as visões de mundo podem ser reconsideradas, levando à transformação. Considerações finais: Através do saber “O que é o Cuidar”, o profissional enfermeiro reconhece o seu modelo de atuação, para que seu fazer lhe dê visibilidade, ou seja, mostre o seu ser e proporcione mudanças importantes no modo de produzir enfermagem, exercendo efetivamente sua autonomia. É importante também enfatizar a prática da reflexão. Esta deve ser adotada como um exercício regular, realizado de forma sistemática para conduzir as mudanças, e assim propiciar que o profissional ou aluno mantenha-se sempre alerta intelectualmente.

*Graduandos do 1º semestre de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

OS ENFERMEIROS FRENTE A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO

Autor: Gustavo Selenko de Aquino

gustavodeaquino@gmail.com

Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), todo o ano no Brasil, 6,5 milhões de crianças sofrem violência doméstica. Diariamente 18 mil sofrem abuso físico e 300 mil são vítimas de abuso sexual intra-familiar. Dados do Ministério da Saúde denunciam que as violências e os acidentes formam a segunda causa de morte brasileira. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência como causas externas (MARTINS).

No Paraná, as causas externas ficam em primeiro lugar como causa de morte na faixa etária de 0 a 19 anos (DATASUS). Em Curitiba, ocorreram 3390 notificações de violência contra crianças em 2006. Destas, as unidades municipais de saúde foram responsáveis por 585 (17,3%) notificações (CURITIBA). Os dados demonstram altos índices de mortalidade por agressão, portanto este fenômeno tem relevância e exige atenção e ação para enfrentar a magnitude deste problema. Com isso, a área da saúde tem importância especial para o enfrentamento e compreensão desta situação (CURITIBA). Espera-se com este projeto, apreender a percepção do enfermeiro que atua na atenção básica acerca da violência contra crianças e adolescentes, por considerar que as concepções dos profissionais sobre o fenômeno refletem sua prática. Entendendo ainda, que esta visão de mundo é construída a partir de suas vivências e tem grande impacto na formação profissional. Portanto, a compreensão sobre a concepção de violência pode contribuir tanto para repensar a formação profissional quanto a prática deste. Este projeto de pesquisa integra um projeto maior intitulado: Redes sociais e famílias: limites e potencialidades que busca analisar a contribuição das redes de apoio social das famílias na promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, que foi realizada na cidade de Curitiba em Unidades de Saúdes com Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo três unidades de saúde de um distrito sanitário, selecionadas de acordo o número de crianças da área de abrangência, compondo a amostra com 03 unidades de saúde, no período de maio 2010 à abril 2011. O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada composta de três perguntas, sendo gravada e transcrita posteriormente. Os sujeitos são enfermeiros de cada uma das unidades de saúde selecionada. Para a seleção do enfermeiro, em cada US foi realizado um sorteio. O número total de enfermeiros entrevistados é de vinte e quatro, sendo que todos os distritos sanitários, com exceção ao Distrito Matriz que possui somente uma Unidade ESF, possuem o número total de três entrevistas. Foi utilizado o método de análise de conteúdo de Laurence Bardin. É um modo de analisar a comunicação, que pode ser realizado através de transcrições de entrevistas, para descrever o teor das mensagens. Pode ser feita pelo estudo de categorias temáticas a fim de encontrar significados nas falas. Para atender e respeitar os preceitos éticos da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamente sobre as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e recebeu parecer favorável a realização da pesquisa sob o registro CEP/SP 885.010.10.02 e CAAE: 0005.0.091.091-10 na data de 10 de março de 2010. Posteriormente o projeto foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e recebeu aprovação interna que assim deu início a pesquisa. Entre as percepções do que é a violência contra a criança e o adolescente para os entrevistados, foi citado que é toda e qualquer agressão sendo ela física ou psicológica, que possa ferir a integridade e ainda dificultar o desenvolvimento psicossocial da mesma. Como exemplo podemos observar as seguintes falas: “*É qualquer atitude que venha a ser agressiva para a criança e o adolescente, que prejudique o desenvolvimento dela, tanto o físico quanto o psicossocial ou emocional.*” (E03); “*...é qualquer tipo de atitude que vá contra o bem-estar, emocional ou psicológico que vá afetar a criança de alguma forma*”. (E8); “*...é qualquer forma de violência que possa abalar a estrutura dessa criança ou adolescente...*” (E21). Segundo MINAYO e THOMAZINE, a violência contra a criança ou adolescente é todo ato ou omissão praticado pelos pais ou familiares próximos, que prejudique tanto o bem estar físico como o emocional, inferindo assim uma negação de direitos e a liberdade que pode alterar o

desenvolvimento da criança. Observa-se também que nas falas os sujeitos remetem a violência ao prejuízo dos direitos da criança e do adolescente. Tal percepção encontra-se respaldado no art. 18 da lei 8.069 que prevê que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. “Qualquer violação nos **direitos dela**, falta de proteção, Porque é uma violação no **direito dela**” (E09), a violência inseri uma atitude de violação dos direitos dela perante o Estado. Por meio da fala dos enfermeiros emergiram a classificação da violência em sua natureza: física, psicológica, negligência e sexual. O fato dos entrevistados terem mencionados varias naturezas da violência, é um fator positivo. Isto porque sabe-se que a violência física esta enraizada em nossa sociedade, as vezes sendo percebida com naturalidade e em muitas vezes não é vista, pelo agressor como violência, salienta-se que os agressores geralmente são os pais. A negligencia, vem como um ponto forte a ser discutido, pois é um dos exemplos mais referidos pelos profissionais, que passa pela observação mãe/filho e chega ao atraso vacinal, quando os pais não realizam os cuidados esperados para a criança, como citam na fala abaixo: “*violência pra mim é quando a criança é negligenciada fisicamente, psicologicamente, ou mesmo falta de alimentação*” (E16). A visão de alguns profissionais em somente observar a negligência como uma violência, e não perceber que muitas vezes a negligencia vem como conseqüência de elementos estruturais da sociedade, infere que os mesmos não possuem uma concepção exata do que é violência. Este fato pode ser conectado a concepção de que a violência sexual, é observada pelos profissionais como violência, quando ocorre o ato propriamente dito. “*basicamente quando a gente pensa em violência, a gente pensa em abuso sexual, que é o que acontece mais.*” (E14) Como descrito na fala acima, não se pode ter clareza se os entrevistados compreendem como o abuso sexual, sendo uma subclassificação de violência. Um outro tipo de violência que emerge dos dados, foi a violência por parte do Estado. A violência por parte do Estado, presente em algumas famílias brasileiras, pois ela é exemplificada, na má distribuição de recursos as famílias de baixa renda. Os programas sociais que existem muitas vezes, não atendem a demanda e em alguns momentos, não resolvem os problemas familiares, sendo estes ligados a estruturação e consciência de cidadania. Descrito por MINAYO, como uma violência de comportamento que atinge as estruturas organizacionais e institucionalizadas presentes na família, que influencia os sistemas políticos, culturais e econômicos, que inferem a opressão e discriminação de certos grupos, que assim se tornam os menos favorecidos da sociedade, criando assim uma discrepância na distribuição de recursos a essas famílias. Por outro lado, ao se afirmar que a criança possui determinados direitos, os entrevistados mencionaram que por vezes o estado em sua organização e operacionalização de alguns serviços, como a educação, priva algumas crianças em decorrência da falta de acesso a instituições como a creche. Observado na fala a seguir: “*o fato de você não conseguir vaga em creche, vaga em escola, também é uma forma também de violência. Não é só violência dos pais, é violência aos pais*”(E 24). Entre as causas levantadas para o surgimento da violência, os enfermeiros apontaram o uso abusivo de drogas por parte dos pais. Pode se observar que a utilização de drogas lícitas e ilícitas, como o álcool e o crack, é um dos mais sérios problemas que atinge as famílias brasileiras. O consumo excessivo e a falta de algumas políticas que atendam a demanda destas famílias podem justificar esse numero elevado. SCHENKER defende que a dependência da substancia psicoativa, infere uma mudança de hábitos que influencia no convívio social e familiar, e explicita que ela perpassa uma fragilidade no dialogo entre pais e filhos, podendo assim margear a violência. Como observado na seguinte fala: “*Hoje*

*nem sempre pode, porque com 14 anos, uma criança não pode fazer nada, nem ajudar os pais, já é feito lá um relatório de rede de proteção, de trabalho infantil” (E01), a necessidade do trabalho infantil, por parte dessas famílias, impõem a criança ou adolescente a repressão de seus atos que faz com que ele se torne um membro trabalhador da casa, fazendo assim que se deixe de lado, seu resguardo a atividades que venham a prejudicar seu desenvolvimento e assim privar seus direitos. A desestruturação familiar, é um outro ponto levantado pelos entrevistados, a dificuldade no dialogo e brigas conjugais, podem levar a agressão psicológica, que muitas vezes não é percebida pelos pais, mas afeta diretamente ao menor. Reforçando este tema, alguns entrevistados justificam a violência como forma de “conter” a criança ou adolescente, devido a falta de limites que os próprios pais não realizaram no período de menor idade. Na seguinte fala: “muitas vezes a violência está muito relacionada a falta de limites desde o inicio, os pais não impõem limites depois eles tentam se impor através de uma violência e nós não estamos conseguindo trabalhar com esses pais para que essas crianças tenham limites” (E21). Na categoria identificação dos casos de violência, os entrevistados apontam de que forma reconhecem os casos. Na concepção deles a violência acarreta mudança de atitudes da vitima, sentimentos de repressão e de atos agressivos, podem ser diagnosticados como atos reflexos, e possibilita aos profissionais da rede de proteção uma mais fácil identificação podendo assim intervir com essa criança ou adolescente. O trabalho da equipe de saúde, se desenvolve através de visitas as residências, consultas de enfermagem e atividades presentes na comunidade, que assim auxiliam o conhecimento das famílias para com a Unidade de Saúde. Segundo os entrevistados, os casos de violência chegam a Unidade através dos prestadores diretos de cuidados, sendo eles a enfermagem ou agentes comunitários de saúde. “... o que aparece para nós, vem da escola ou acaba chegando para nós por algum agente comunitário, que visita a casa e vê alguma coisa suspeita...” (E8), “chegam pela demanda aqui com o auxiliar de enfermagem” (E10). O trabalho multiprofissional possibilita a essa criança, um melhor apoio e um minucioso tratamento, que vêm com o intuito de resgatar melhores condições a ela, fazendo com que a reinserção a sociedade seja mais amena e sem possíveis conseqüências. As denúncias também chegam através da escola, que desenvolvem junto com a unidade um trabalho de identificação, resgate e uma reinserção da criança a sociedade. Durante a pesquisa este papel não ficou muito claro, sendo este um papel muito importante e possível de futuras pesquisas. Alguns entrevistados referem como conseqüência da **violência** aplicada pelos pais, a criança ou adolescente se torna mais **violenta** e ainda pode dispor a sociedade à atitudes violentas. Essas atitudes se tornam perceptíveis a escola, onde a criança se utiliza da violência para com as correntes de amizade, ou tornasse recatada e distraída quanto a sua aprendizagem. Considerando que a violência contra a criança e o adolescente é um grave problema que assola a sociedade, e influi diretamente no desenvolvimento infantil, observa se a necessidade de melhor entendimento por parte dos profissionais de saúde, tanto a Enfermagem como a rede de apoio que a circunda. O entendimento deste fenômeno sócio-cultural, ajudará em uma melhor compreensão a concepção de violência expressa pela comunidade num todo, deixando assim de caracterizar como uma ação punitiva e sim de ensino, que com uma melhoria aos Programas sociais, implicaria em uma melhora na visão por parte dos pais, que assim entenderiam melhor este fenômeno. A melhor compreensão da violência por parte dos profissionais, proporcionará cuidados mais específicos e mais diretos, que assim impulsionará uma melhor pratica de promoção a saúde pediátrica do Brasil.*

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
João Pessoa – Paraíba
24 à 31 de julho de 2011

**PAPEL DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO POPULAR: SAÚDE SEXUAL DE
ADOLESCENTES E JOVENS**

EDJACLÉCIO DA SILVA OLIVEIRA,
Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem – UFCG, edjaclecio@hotmail.com

IASMIM DINIZ DE OLIVEIRA,
Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem – UFCG, iasmimdiniz_np@hotmail.com

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO,
Enfermeira – Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem-UFCG, nath-cris@hotmail.com

Introdução – A sexualidade evolui de acordo com as etapas do desenvolvimento desde a fase oral até a genital à medida que uma criança cresce e se desenvolve. Vários questionamentos são feitos pelos pais sobre a Educação sexual dos filhos: quando, onde, por quem e como deve ser falada? Espera-se que as respostas estejam definidas com a chegada da adolescência, momento inaugural da personalidade que define o indivíduo para o resto da vida. Esse período é denominado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde como a fase entre a infância e a vida adulta correspondendo cronologicamente dos 10 aos 19 anos, e a juventude entre 15 e 24 anos. A primeira ideia que surge quando pensamos em adolescência é “transformação”, mudanças corporais, crescimento rápido, surgimento de pelos pubianos, mudança na voz dos meninos, aumento dos seios nas meninas, ebulições hormonais e explosão da sexualidade, a chamada puberdade, com modificações físicas, psicológicas e sociais. Com um pouco mais de uma década vividos na dependência dos pais, chega a hora de dar um passo à frente diante dos novos desafios e novas exigências, no entanto nem sempre isso é possível, pela indefinição de valores e de postura, próprio de uma personalidade em transformação. É durante essa fase da vida que o indivíduo toma importantes decisões no processo de construção da sua identidade, quando há uma formação desta, tanto sexual quanto social, onde cria independência familiar, desenvolve valores morais e éticos, e escolhe o futuro profissional. O desenvolvimento da sexualidade dos adolescentes e jovens sofre influência de expectativas e papéis sociais, incorporados e internalizados pelos adultos, como, às moças casar e ter filhos e aos homens o papel de prover a família. Considerando o processo singular desse grupo, a orientação adequada a respeito de sexualidade é fundamental, e cabe aos pais propiciar isto. Porém, muitas vezes eles não sabem como agir diante das demonstrações de sexualidade de seus filhos, pois não é simples entender a maneira de pensar dos jovens. Da dificuldade em educá-los com relação à sexualidade, percebe-se cada vez mais a transferência desse papel à escola, pois é no “ambiente escolar” que ocorre um dos mais importantes processos da adolescência, a socialização. A escola é um espaço populacional significativo para onde o adolescente pode levar suas experiências de vida, suas curiosidades, fantasias, dúvidas e inquietações sobre sexualidade. Isto ocorre porque na verdade neste lugar a educação pode acontecer mais informalmente. A atenção integral a saúde do adolescente se faz necessária por levar em conta a singularidade desse processo de crescimento e desenvolvimento, marcado por mudanças biopsicossociais, vivenciadas de várias formas nos diferentes contextos, que o fragiliza, e o torna vulnerável a muitas situações e agravos. É de extrema importância que a sexualidade seja discutida o mais precoce possível, a fim de esclarecer idéias e opiniões contraditórias e polêmicas, para que os jovens cultivem hábitos saudáveis e falem de questões pertinentes à sua própria saúde. Nesse sentido, considerando mais de 50 milhões de adolescentes e jovens brasileiros, o enfermeiro tem papel imprescindível no estabelecimento de ações integrais de prevenção e promoção à saúde da população por meio de ações que estimulem o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos enfatizando o auto-cuidado em saúde como essencial para expressão das potencialidades específicas dessa faixa etária. É papel do enfermeiro ainda, articular conhecimentos científicos com a realidade da clientela, de modo a assistir tanto o adolescente quanto a sua família, através da troca de ideias, aconselhamentos, esclarecimentos e ações que possam prevenir problemas de ordem biológica e psicológica, tornando esta fase da vida mais saudável e segura. São os enfermeiros que estão habilitados para desenvolver educação em saúde, no intuito de compartilhar conhecimentos e orientar os adolescentes, quanto à prática de sua sexualidade de forma digna, responsável e prazerosa. Com base no exposto, esta pesquisa objetiva descrever as ações de enfermagem para educação sexual de adolescentes e jovens, com o intuito de contribuir a formação da identidade e dos relacionamentos sociais, a prevenção de doenças e promoção à saúde sexual como base para a saúde integral. **Metodologia** - O estudo a ser divulgado foi do tipo pesquisa bibliográfica no qual foram coletados dados essenciais em bibliografias já publicadas, posteriormente foram organizados em um único documento, visando proporcionar maior

familiaridade com o problema e torná-lo explícito como base para futuras pesquisas. **Análise e discussão dos resultados** – A educação em saúde está incluída nos Padrões de Cuidados da American Nurses Association e é definida como um componente essencial dos cuidados de enfermagem, direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde. Em se tratando de adolescentes e jovens a educação sexual é uma forma de comunicação imprescindível, com a qual o enfermeiro desenvolve atividades de saúde integradas para os direitos sexuais por meio de ações educativas e preventivas em consonância com os eixos de atenção a saúde sexual, pautadas no planejamento familiar, prevenção de gravidez e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs/HIV/AIDS), com foco na redução da vulnerabilidade destas pessoas a estes agravos. Como integrante da Atenção Básica, esse profissional tem na Consulta de Enfermagem o objetivo de assistir efetivamente o cliente no atendimento de suas necessidades sexuais, contemplando os aspectos biológicos, sociais, subjetivos e de comunicação relacionados à autopercepção corporal, às trocas afetivas, os relacionamentos significativos, às experiências eróticas considerando suas vulnerabilidades e necessidades, seus potenciais e/ou problemas. Nessa perspectiva, os serviços de atenção integral aos adolescentes e jovens devem ser humanizados, disponíveis, acessíveis, acolhedores e competentes, aspectos fundamentais para que este grupo tenha o seu primeiro contato de uma forma tranqüila e confiante, contribuindo para que o mesmo aceite o atendimento e também se torne protagonista do processo de educação para a saúde sexual. Atualmente, a implantação do Programa de Saúde na Escola (PSE) desde 2008, uma parceria entre os ministérios da Saúde e Educação, no qual profissionais das equipes de Saúde da Família atuam em conjunto com professores da rede pública levando aos adolescentes e jovens na sala de aula conteúdos sobre saúde sexual, o enfermeiro como membro dessa estratégia tem o papel de orientar os estudantes de ensino médio a cerca da prevenção de DSTs/HIV/AIDS, gravidez indesejada e planejamento familiar como direito sexual, abordando temas identificados mediante a necessidade do grupo como as mudanças que ocorrem no corpo, aspectos preventivos e curativos das doenças as quais estão expostos pela relação sexual e os métodos contraceptivos, minimizando os fatores de ordem social e cultural que contribuem nocivamente para a vulnerabilidade aos estes agravos. Esse processo de educação popular também se estende aos educadores, pois o enfermeiro está apto a ministrar aulas, em um trabalho interdisciplinar ou multiprofissional em escolas, na qual há a união dos conhecimentos específicos com os atendimentos das questões de saúde. O outro público-alvo, de importância indispensável são os pais, para os quais o estabelecimento de um vínculo muito mais efetivo, com estratégias pedagógicas apropriadas, visando à integração da família e da comunidade, diminui a ansiedade de todos e permiti que as relações possam fluir mais naturalmente. Segundo dados do Ministério da Saúde, o sistema público está cada vez mais preparado para receber adolescentes e jovens e orientar sobre a saúde sexual. Este como um direito assegurado a partir da IV Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995 com a definição dos direitos sexuais contemplando, viver e expressar livremente a sexualidade, sem violência, discriminação e imposição com respeito pleno pelo corpo do parceiro; viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa ou falsas crenças e independentemente do estado civil, idade ou condição física; escolher o parceiro sexual, bem como se quer ou não ter relação sexual; expressar livremente sua orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade, entre outras); ter relação independente da reprodução; ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DSTs/HIV/AIDS; acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação e a informação, e à educação sexual e reprodutiva. Nessa perspectiva as ações de enfermagem na educação para a sexualidade adequada devem privilegiar as relações humanas, os sentimentos, as responsabilidades sexuais e as expectativas individuais, saindo do lugar comum das informações apenas biológicas; trabalhando não só as questões que envolvam sexualidade, mas a importância da saúde física, mental, sexual e reprodutiva. **Considerações finais** - A orientação sexual para adolescentes e jovens é extremamente importante, pela grande

fragilidade e igual proporção de vulnerabilidade dessa fase, a qual exige que o processo educativo esteja presente antes da relação sexual, com a consideração correta de que sexualidade vai além da questão de sexo. Desta forma, o papel do enfermeiro na educação sexual de jovens e adolescentes mostra-se de suma importância, visto que, atuando como educador de saúde sexual este profissional ajuda o indivíduo a obter conhecimentos, validar a normalidade, preparar-se para mudanças na sexualidade durante seu ciclo de vida e prevenir prejuízos que possam surgir em virtude da prática sexual irresponsável e inadequada. Esta pesquisa contribui para incentivar novos estudos sobre este tema, considerando a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais enfermeiros para atuação no processo de educação em saúde, visando o exercício saudável e responsável da sexualidade de jovens e adolescentes, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida biopsicossocial e sexual dos mesmos.

Descritores: Educação popular; Enfermagem; Adolescentes e jovens.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. H.; CENTA, M. L. - **A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem.** 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a12v22n1.pdf> . Acesso em 20 de maio de 2011

BERTOLI. A.C.P.; SUTER, T.M.C. - **Orientação sexual para adolescentes no município de Cambará, Paraná, Brasil.** Disponível em: <http://www.canal6.com.br/FIO/pdf/05ENF/18ENF.pdf> acesso em 20 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Brasil acelera redução de gravidez na adolescência.** 2010. . Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137 acesso em 18 de maio de 2011.

CANO, Maria Aparecida. T. *et al* - **Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico.** Revista latino-americana enfermagem, Ribeirão Preto, 2000.v. 8, n. 2, p. 18-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413.pdf> acesso em 18 de maio de 2011.

COIMBRA, Cecília et al - **Subvertendo o conceito de adolescência.** Arquivos brasileiros de Psicologia, 2005.v.57, n.1, pg.2-11. Retirado do World Wide Web <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>. Acesso em 20 de maio de 2011

ORITA, Patrícia. T.K. et al - **O papel educador do enfermeiro na área da sexualidade: experiência com crianças de ensino fundamental.** Anais do SIES – Simpósio Internacional de Educação Sexual da UEM. Disponível em: http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/patricia_tiem_kikuti_orita2.pdf acesso em 20 de maio de 2011.

COSTA, Fabiana. C.; Prado, Sônia Regina .L.A. - **O papel do enfermeiro na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar.** Revista Enfermagem UNISA 2001; 2:80-3. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-17.pdf> acesso em 18 de maio de 2011.

CRUZ, Ana Cláudia. N; Oliveira, Sílvia. M.P. - **Sexualidade do adolescente: um novo olhar sem mitos e preconceitos,** 2002. Trabalho de conclusão de curso; Centro de Ciências Humanas e da Educação. Curso de Pedagogia – Ciências da Educação. Disponível em: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/sexualidade_do_adolescente.pdf acesso em 18 de maio de 2011

GERSON, L. **Sexualidade Humana,** 2ª ed., São Paulo: Medsi, 1993.

LEPRE, Rita. M. - **Adolescência e construção da identidade.** Disponível em: <http://www.slowmind.net/adolescenza/lepre1.pdf> acesso em 18 de maio de 2011.

MANDÚ, Edir. N.T. - **Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual,** 2004. Revista Brasileira de Enfermagem, novembro/dezembro; 57(6):729-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600020 acesso em 18 de maio de 2011.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem,** 7 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem .7 ed.,** Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009.

QUEIRÓS; S, P. - **Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual de adolescentes,** 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com> acesso em 18 de maio de 2011

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. **Manual de atenção a saúde do adolescente.** São Paulo: SMS, 2006.

SILVA, M. S. et al - **Sexualidade e adolescência: é preciso vencer os tabus.** Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004. Disponível: acesso em:

UBEBA, E. M.L.; FERRIANI, M. G. C. - **A trajetória da atenção à saúde do adolescente.** Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 1997 v.8, n.2, pg. 195-204.

**PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO ESTUDANTIL DA UEFS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.**

Nilvaneide Teixeira de Souza

Irislane Luz Farias

Ubiraci Queirós dos Santos

Palavras-chave: Movimento Estudantil; Luta; UEFS.

Introdução: Historicamente o Movimento Estudantil (ME) sempre esteve engajado em lutas que aconteceram no país. Por exemplo, na Ditadura Militar os estudantes lutaram contra o regime político implantado e foram decisivos para o processo de redemocratização do país, no *Fora Collor* foram também os estudantes com suas *Caras Pintadas* que foram às ruas exigir a saída do presidente. Em 2007 os estudantes novamente mostraram sua força lutando contra a *Reforma Universitária* e contra os *decretos do Serra*, ocupando reitorias de universidades e fazendo greve.

No contexto mundial, os movimentos estudantis dos anos 1960 não foram um fenômeno exclusivo dos países "desenvolvidos", nem se pode dizer com certeza onde nasceram ou aonde foram mais longe. Isto não significa desconsiderar a importância dos movimentos do Primeiro Mundo, pelo contrário. Na França, destacaram-se o Maio de 68, em Paris, e a greve que parou o país neste mês; na Alemanha, movimentos estudantis na então Berlim Ocidental desde o início da década de 1960; na Itália, uma greve de amplas proporções em 1969; nos EUA, amplos movimentos estudantis e de grupos de esquerda contra a Guerra do Vietnã, dentre outros. Na América Latina, destacam-se o Brasil e o México (onde o governo mexicano mandou o Exército atirar contra a multidão desarmada na Praça das Três Culturas, matando centenas de pessoas e prendendo duas mil). Na Ásia, Japão, Vietnã, Paquistão e Bangladesh em 1968, quando era ainda parte do Paquistão, a ocupação do país pelo Exército resultou na morte de milhares de pessoas, inclusive 500 estudantes da Universidade de Dacca. Na África, Nigéria, Senegal, Egito onde uma batalha entre polícia e estudantes resultou na morte de 60 pessoas. No antigo mundo socialista, Polônia, ex-Iugoslávia, ex-Checoslováquia, antiga Alemanha Oriental e, na China, a Revolução Cultural Chinesa os estudantes também foram fundamentais nesse processo. Apesar da diversidade nacional, regional e étnica dos movimentos estudantis, havia uma base comum. Primeiro, se tratava de movimentos de juventude universitária com origem principalmente das classes médias. Segundo, os movimentos se deram principalmente nas grandes cidades, que eram centros políticos e econômicos (São Francisco, Washington, Nova York, Londres, Berlim, Paris, São Paulo, Rio de Janeiro, Cidade do México, Praga, Tóquio, Cairo etc.). Terceiro, tinham como "causa" um contexto histórico geral em comum: fatores geopolíticos como a Guerra Fria e a descolonização da Ásia e da África; fatores sócio-econômicos como o enorme avanço da economia mundial no Pós II Guerra e a ascensão das novas classes médias (mais ligadas aos setores de serviços e técnicos); e fatores político-culturais como as transformações nas universidades, os novos radicalismos e a contra cultura. O ME é um movimento social que consiste em uma parcela da sociedade que se organiza dentro de uma instituição de ensino, que percebem uma necessidade de refletir e lutar por melhorias na realidade vivenciada. A partir desta realidade social é que surge a sua organização e sua intervenção na sociedade, sendo um grupo policlassista. Além disso, é um grupo que naturalmente esta sempre se renovando, pois ninguém é estudante por toda a sua vida. Estando este sempre em busca da transformação da sociedade e de justiça social. Identificando-se com a obra de Karl Marx, que tem como elemento fundamental a *práxis*, a qual tem como essência a transformação social e ação do homem na natureza. Temos a organização do Movimento Estudantil Geral representando pelo Diretório Central dos Estudantes ou Grêmio de cada instituição de ensino e também o movimento de área específico. O ME hoje não parece representar uma manifestação do conflito de gerações, uma das facetas do ME nos anos 60, mas uma forma de resistência aos discursos, práticas, ideologias e valores vigentes na sociedade, menos radical e mais flexível, inserida no processo de interlocução com as diferentes tradições político-culturais. Na enfermagem temos uma representação através da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf) que se organiza para integração e articulação dos Centros e Diretórios Acadêmicos de Enfermagem de todo o país. É um movimento historicamente comprometido com a construção de uma sociedade justa e solidária. O ME na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) tem em sua história mais de 25 anos de luta, permitindo a oportunidade de muitos entenderem o processo histórico ao qual estão inseridos, refletindo sobre a sociedade e lutando por direitos. Desde então suas pautas de reivindicação trouxeram a necessidade da permanência estudantil na Universidade e hoje esta é uma grande conquista dos estudantes desta Universidade que podem usufruir de um restaurante universitário a preço popular, residência para estudantes carentes, também uma residência específica para estudantes indígenas e o aumento do número de bolsas oferecidas e o valor das mesmas. Vale ressaltar ainda a grande mobilização do Movimento Estudantil na reivindicação contra o aumento da passagem do transporte coletivo na cidade, o qual encontra-se em processo de articulação. **Objetivo:** Relatar a experiência da participação no ME na

Universidade Estadual de Feira de Santana- BA. **Metodologia:** Relato de Experiência sobre participação dos estudantes de enfermagem no Movimento Estudantil da UEFS de setembro de 2009 a maio de 2011. **Resultados:** O ME possibilitou na militância diária a reflexão da sociedade em que estamos inseridos, a conquista do pensamento humanizado e crítico. O reconhecimento das conquistas da categoria estudantil, a identificação com classes sociais excluídas, o desejo de justiça social, além da inconformidade com o sistema vigente, houve maior aproximação com outros movimentos sociais, a reflexão sobre o trabalho na área da saúde e, sobretudo, na enfermagem, visto que por sermos estudantes e futuros profissionais desta área, a militância estudantil contribui para a nossa formação desenvolvendo uma reflexão crítica da atual sociedade e nos faz entender a importância da luta em prol da saúde pública, além de nos tornar defensores do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda muito desvalorizado pela sociedade que não o reconhece como um sistema completo de assistência a saúde da população. O Sistema Único de Saúde teve início a partir da Constituição de 1988, marcando significativamente a história da Saúde Pública no Brasil, garantindo saúde como direito de todos e dever do Estado, inspirando os princípios e diretrizes do SUS. Militar no movimento estudantil desenvolve potencialidades de atuação política. Sendo esta condição estudantil, a ocasião de preparar o indivíduo para figurar como militante organizado. Além de ser receptor de informações e conteúdos, a juventude é incentivada a formular, questionar e diagnosticar a realidade; sendo capaz de pensar com sua própria cabeça, desprendendo-se das falsas teorias. Fazendo-se compreender a lógica do sistema e o despertar de uma chama de questionamentos da realidade na qual estamos inseridos, nos liberta da alienação imposta pelos meios de comunicações e nos faz enxergar as necessidades reais da população. Mostra-nos que no processo histórico nada foi dado, tudo foi conquistado pela população e que o combate aos detentores do poder que dominam a sociedade se faz necessário para que haja melhores condições de vida. A participação neste movimento aumenta a capacidade crítica sobre a realidade em que vivemos, permitindo assim que o estudante passe de mero receptor de informações e se reconheça enquanto ator social, fomentando assim embasamento teórico para uma crítica fundamentada ao setor privado. Como vem ocorrendo na cidade de Feira de Santana que possui um serviço de transporte público controlado pelo setor privado, como é de conhecimento de todos. E mais uma vez, de forma autoritária, os empresários do transporte e outros interessados na questão se reuniram num conselho de transporte municipal, o qual não representa de fato os interesses da população, ditando novamente o aumento no valor da passagem que levou a um preço insuportável para os usuários deste serviço (R\$ 2,35). Uma vergonha! Já pagávamos a tarifa exorbitante de R\$ 2,15, baseado em que não se sabe, pois os percursos feitos pelos ônibus são relativamente curtos comparados com os grandes centros urbanos, como Salvador, por exemplo. Um exemplo que podemos citar é Fortaleza-CE, com 2,4 milhões de habitantes e o valor da tarifa de R\$ 1,80, enquanto Feira de Santana tem mais de 500 mil habitantes e é a segunda maior tarifa do país. O “objetivo” desse aumento é encher ainda mais o bolso dos empresários do Sindicato das Empresas de Transporte Coletivo Urbano de Feira de Santana (SINCOL). Mas os estudantes não deixaram isso passar “em branco”. Antes mesmo do aumento, membros da comissão gestora do DCE, grupos coletivos políticos de estudantes como Ousar, DAS de todos os cursos da UEFS, fizeram uma grande manifestação no dia 29 de março de 2011 fechando a BR 116, com a presença de mais de 800 estudantes reivindicando o aumento absurdo da tarifa do transporte. Depois disso foram realizados alguns protestos, audiência pública e panfletagem na comunidade com a participação de estudantes secundaristas, juntamente com sindicatos e movimentos sociais, como o Sindicato dos Moto Taxistas e o Movimento Negro desta cidade, que formaram um comitê de luta, para ir em busca do cumprimento de um direito nosso presente na constituição que diz: “Toda pessoa tem garantido o seu direito de ir e vir, que é a liberdade de ir e vir, ficar, parar e deslocar-se de um ponto para outro, seja de dentro do território nacional, seja de dentro para fora dele e vice-versa.” (art.5º XV). O transporte público é hoje um serviço necessário a milhares de cidadãos feirenses para

o cumprimento do exercício de ir e vir, seja para trabalho, estudo ou lazer. Essa luta pelo transporte trouxe reflexo para a comunidade feirense que demonstrou apoiar e despertar-se para a exploração por parte das empresas de transporte público, fomentando o debate e fortalecendo a luta nos diversos setores da sociedade. Através desta experiência percebemos que a participação dos estudantes nas atividades realizadas com fim de construir o movimento estudantil na UEFS possibilitou avanços pessoais e coletivos no que diz respeito a refletir sobre direitos humanos, violência, saúde, educação e cidadania. Além disto, ampliou o conhecimento de sociedade demonstrando a grande importância da participação neste movimento e em outros. A militância não nos deixa acomodar, estando sempre dispostos a refletir sobre questões políticas, ser crítico sem perder a autocrítica, manter viva a indagação, lutar e revigorar. **Conclusão:** Este relato mostra que a participação no Movimento Estudantil tem como principal desafio articular os diferentes indivíduos da sociedade através da aproximação com os demais grupos sociais para a construção de uma sociedade coletiva.

Referências

1- BRASIL, Governo Federal. **Constituição Brasileira de 1988**, Brasília (DF): Governo Federal, 1988.

2- PAULA, Lucília Augusta Lino de. **Protagonismo Juvenil e Movimento Estudantil: uma estratégia de distinção**. Rio de Janeiro. UFRuralRJ/PUC.

3- ASPHE (Associação Sul-Rio-Grandense de Pesquisadores em História da Educação) **História da Educação**. Pelotas. Setembro, 2005.

4- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 31 de maio. 2011.

PERCEPÇÕES DO PACIENTE SOBRE O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE UTILIZADO NO SETOR DE HEMODINÂMICA DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE

Autores: Naiara Conterno (Graduação em Enfermagem)

Email: conternodsjpt@gmail.com

A educação popular em saúde é uma ferramenta de trabalho fundamental aos profissionais da saúde. Heidemann (2010) relata que o elemento-chave do referencial de Paulo Freire é o diálogo. Onde os sujeitos, dialogando, aprendem a viver a vida em sociedade, participando como iguais e colaborando para criar e recriar o conhecimento social. Mediante sua teoria do conhecimento, pode-

se impulsionar um pensar crítico e libertador para uma sociedade com mais equidade e justiça, onde o profissional da saúde não impede a capacidade do usuário de refletir e agir. O processo de educação não pode ter o intuito de adaptar o homem, assim, estaria matando sua possibilidade de ação, uma vez que adaptar é acomodar-se e não transformar. Para Xavier s/d é fundamental uma educação que não descuidasse da vocação ontológica do homem, a de ser sujeito, a de libertar pela conscientização, a que não domestica e não acomoda, a que promovesse a “ingenuidade” em criticidade com a qual o homem opta e decide. Discutindo à concepção de educação e o processo de humanização, Freire caracteriza duas concepções opostas de educação: a concepção bancária e a concepção problematizadora. Para Freire (1975) na concepção bancária, o educador é o que sabe e o educando o que não sabe, é objeto passivo, receptáculo vazio, carente de saber. O educador é o que diz a palavra, sabe, pensa, disciplina, informa. O educador é o sujeito do processo, enquanto os educandos são meros objetos, mantêm a divisão entre os que sabem e os que não sabem. Observa-se através da educação bancária uma ação transferidora de conhecimentos, uma vez que cabe ao profissional o papel de transferir o seu conhecimento previamente já adquirido ao paciente, que em seu espaço de agente passivo, apenas recebe o conhecimento. Conforme Sales (2009) assim, é possível identificar, através da educação bancária, homens perdendo sua capacidade de tomada de decisão e resposta, submetendo-se assim passivamente à prescrições narradas por outros que detêm um certo grau de conhecimento cultural, compreendido assim, como o dominante pela sociedade. Freire 1975 diz que na concepção problematizadora, os homens são seres históricos, que caminham para frente, buscam a sua libertação. Nesta concepção, educador e educando aprendem juntos, em uma relação dialógico-dialética, visa a transformação da realidade enquanto ação política. A educação problematizadora proposta por Freire possui um viés de compromisso com a vida, propondo uma política educacional voltada para a valorização do homem em suas capacidades e possibilidades. O processo de educação não pode ter o intuito de adaptar o homem, assim, estaria matando sua possibilidade de ação, uma vez que adaptar é acomodar-se e não transformar. Xavier (s/d) diz ser fundamental uma educação que não descuidasse da vocação ontológica do homem, a de ser sujeito, a de libertar pela conscientização, a que não domestica e não acomoda, a que promovesse a “ingenuidade” em criticidade com a qual o homem opta e decide. Para o Ministério da Saúde (2007) Educação em saúde é o campo da prática e do conhecimento do setor da saúde que tem se preocupado com a criação de vínculos, ação médica, o pensar e fazer cotidiano da população. Para Heidemann (2010) “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significado”. conforme Heidemann (2006) ao enfermeiro cabe a função de ouvir o usuário e construir juntamente com o mesmo um saber popular. Nash (2009) fala que a pluralidade dos recursos midiáticos como objeto de aprendizagem promove uma maior eficiência no processo educacional. No entanto, Rosa (2000) diz ser necessário usar de forma criteriosa os recursos audiovisuais para que sejam eficientes e úteis. Objetivos: verificar se, conforme a percepção dos usuários, as orientações recebidas em um setor de Hemodinâmica sobre o procedimento CAT foram suficientes, bem como analisar a inserção do Enfermeiro enquanto educador em saúde. Metodologia: Estudo de natureza qualitativa realizado com pacientes que foram submetidos ao exame de Cateterismo Cardíaco no setor de Hemodinâmica de um Instituto de Cardiologia de Porto Alegre. Pacientes atendidos pelo SUS, convênio ou particular, lúcidos com idade superior a 21 anos que realizaram o procedimento pela primeira vez e que estavam aguardando para realizar o

procedimento hemodinâmico, bem como já receberam as orientações, tenham visto o vídeo informativo com as orientações médicas e de enfermagem sobre o procedimento, tenham passado pela entrevista de Enfermagem e assinaram o TCLE. A coleta de dados se deu por entrevista semi-estruturada, gravada, organizada com um roteiro de questões norteadoras. As informações foram analisadas qualitativamente e, a partir de então, transcritas para a categorização dos resultados conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin. Resultados principais: A utilização do vídeo enquanto método de educação em saúde realizado no setor de Hemodinâmica mostra ser suficiente aos pacientes, no entanto, os mesmos referem ser necessário o contato com o enfermeiro e criação de vínculo para a perda do medo, criação de confiança, segurança e recuperação do estado do paciente. Pela fala do U3 “(...) não dispense o contato com os profissionais, porque a gente se agrada.” Mostra que os recursos audiovisuais podem ser úteis, mas não é dispensada a orientação do profissional da saúde. Afinal, se as imagens educam pela emoção, o contato direto com o paciente educa pelo carinho, afeto, empatia, motivação e flexibilidade de escutar e ouvir. Percebe-se pela fala “ter um enfermeiro para explicar pessoalmente é uma boa (...)” (U1); “não dispense o contato com os profissionais (...)” (U3); “(...) dá para perguntar para ele. É, tipo ter algo para esclarecer as dúvidas (...)” (U8); “ (...) eu acho que pessoalmente deveria ficar mais uma pessoa ali, para que se tu tiver uma dúvida ali, possa me esclarecer (...)” (U5); “Eu até preferia duas pessoas porque (...) tem como tirar uma dúvida”. (U6), que mesmo que o vídeo seja esclarecedor e suficiente, os mesmos não dispensam a presença de algum profissional para tirar alguma dúvida e esclarecer. Conforme a fala de (U5), “O vídeo é mais geral, (...) é o Beabá, e isso o vídeo faz, o profissional é mais para esclarecer aquela dúvida.” Este relato mostra a importância do Enfermeiro em estar apto a perceber que determinado paciente está necessitando de um complemento educativo, através do diálogo entre ambas as partes (usuário e profissional). Perguntado sobre os pontos fracos e fortes da atividade educativa entre profissional e paciente, o U1: “(...) como que se fosse de amigo para amigo, (...) é importante conversar para adquirir confiança né, para ter confiança em algum profissional tu vai ter que conversar com ele, se não tu não vai ter confiança”. O método de Paulo Freire cita a confiança, conquistada através do diálogo, bem como o saber escutar, a humildade, a tolerância, o respeito ao conhecimento do educando, a amorosidade, a curiosidade epistemológica e a criticidade para a construção coletiva do conhecimento, emancipação e transformação social. constata-se que ensinar é muito mais que meramente transmitir conhecimentos. Conforme Lara (2007) o ensino assume um papel transformador, a partir do momento em que educador e educando constroem um processo educativo por meio do diálogo, confiança, conhecimento, criatividade, inter-ação e troca de saberes, buscando aproximar o conhecimento construído à prática efetiva, aprendida e construída nos atos educativos. A fala do U5 reflete bem o que precisamos mudar, ou melhor, que precisamos acrescentar aos profissionais uma rotina e atos mais humanos: “(...) aqui é bastante profissionalismo só, mas eu não percebi envolvimento com o paciente”. A mesma usuária em suas palavras relata ter tanto respeito por essa profissão: “eu tenho tanto respeito por essa profissão.” Assim, conforme o U1, se o profissional age apenas realizando os procedimentos, sem explicar, tirar dúvidas, esclarecer irá fazer com o paciente além de não sentir-se bem, sem acolhimento, não possuir confiança, também irá ficar perdido conforme fala do usuário citado anteriormente: “(...) se o profissional chega aqui, faz o procedimento dele e não explica nada, o paciente vai ficar perdido.” A segurança e a tranquilidade do paciente são fundamentais para a melhora e recuperação do mesmo. Nota-se pela fala dos pacientes U4: “(...) dá uma segurança né, mais tranquilidade (...)”; U5:

“ (...) eu sou sincera, exatamente por causa do contato (...) enquanto que a enfermeira faz o acompanhamento, envolvimento com o paciente, e inclusive para mim determina as condições de recuperação do paciente, por causa da simpatia, atenção, carinho, cuidado.”; U6: “Eu acho que é importante, para tranquilizar né (...).”; U10: “ (...) é importante o trabalho do enfermeiro para orientar o paciente através da conversa.” O U10 cita a necessidade de conversa na hora de realizar alguma orientação. Assim, conforme entendida pelo método de Paulo Freire, educação é um processo que envolve interação entre as pessoas envolvidas (profissional e usuário) e na simples transmissão de conhecimentos. Timby (2001) afirma que a educação “é uma via de mão dupla” onde educadores e educandos constroem um conhecimento em comum, através da reflexão crítica sobre a prática, sem a qual, a teoria fica sem sentido. A pesquisa mostrou que para o paciente, o enfermeiro muitas vezes é muito mais importante que o médico, no entanto, ao mesmo tempo referem que essa importância se dá pelo contato, diálogo e criação de vínculo, uma vez que o Enfermeiro passa mais tempo ao lado do paciente, e assim, é um fator determinante para a recuperação do paciente. Embora a utilização de recursos visuais seja considerada suficiente, a maioria dos pacientes participantes do estudo referiu ser necessário o contato com o profissional enfermeiro para esclarecer dúvidas, perda do medo e ganho de confiança, como se encontra na resposta da U5: “Eu sou uma pessoa que gosta tanto de enfermeiro que eu tenho tanto respeito por essa profissão (...) porque eu só tenho elogios. (...) quem dá atenção, quem cuida realmente é o enfermeiro. (...) o médico funciona mais ou menos como treinador, enquanto que quem faz todo o cuidado são os enfermeiros, ele é quase que mais importante que o médico, e eu sou sincera, exatamente por causa do contato (...) enquanto que a enfermeira faz o acompanhamento, envolvimento com o paciente, e inclusive para mim determina as condições de recuperação do paciente, por causa da simpatia, atenção, carinho, cuidado. (...) quem recupera o paciente não é o médico, é o enfermeiro.” Considerações finais: Penso que o enfermeiro como educador necessita não apenas de formação teórica como também de práticas que desenvolvam sua visão crítica e inovadora para que possa aplicar da melhor forma os conhecimentos adquiridos de acordo com as dificuldades da comunidade, agindo como agente de saúde e facilitador. O processo de educação em saúde seja ele realizado com uso ou não de tecnologias (reconhecida ou não pelo paciente) necessita ter bases nos preceitos de Paulo Freire, visto que o contato, diálogo, troca de conhecimentos, é a base para a criação de confiança do profissional por parte do usuário e consequentemente, interfere na melhora do paciente. De nada adianta usar de recursos midiáticos de última geração se a individualidade do paciente não for respeitada e se o processo de educação continuar verticalizado e com uma relação de opressor/oprimido. Assim, estaria matando a possibilidade de transformação do paciente, visto que quando oprimido, o mesmo tende a permanecer em estado de inércia, estado esse que não favorece o processo de mudança. É imprescindível a utilização do diálogo nas relações entre usuário e enfermeiro. Sem diálogo não há troca de conhecimentos, não há confiança, não há transformação por parte do paciente. Assim, é necessário que o Enfermeiro, enquanto educador em saúde, disponha de maneiras que possibilitem perceber a necessidade dos pacientes em receber uma orientação extra ao vídeo. O conhecimento imposto de forma verticalizada apenas é transferido de um pólo ao outro, assim, não possuirá pilares fortes para sustentar a transformação do paciente. É apenas com diálogo, troca de saberes e respeito pelo conhecimento do outro que a transformação e a melhora do paciente se darão da melhor maneira, e o paciente se conscientizará da necessidade do

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

João Pessoa – Paraíba

24 à 31 de julho de 2011

mesmo transformar-se. Desta maneira, não haverá opressor/oprimido. Palavras-chave: Educação em Saúde, tecnologias educativas em saúde, enfermagem em cateterismo cardíaco.

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Atália Marisa da Silva Santos

Graduanda Enfermagem – Universidade Estadual da Paraíba

atalia_marisa@hotmail.com

Introdução: Sabemos que nas últimas décadas há uma constante busca da ciência por novas alternativas para solucionar os problemas sociais e garantir um pouco mais de dignidade humana,

onde a saúde está diretamente relacionada à esse processo. Na atualidade, é indispensável e de fundamental importância, a ampliação de discussões relacionadas às atribuições sociais da enfermagem, em um processo interativo, a partir da multidisciplinaridade profissional, a fim de partilhar decisões e ampliar debates, direcionando-a a um novo espaço, diante das desavenças da contemporaneidade. A enfermagem profissional moderna apareceu no contexto emergencial durante o apogeu do capitalismo europeu, na Inglaterra principalmente, após o declínio dos sistemas monástico-caritativos de assistência à saúde das populações, que ocorreu entre os séculos XVI a XIX. Como a enfermagem possui uma essência relacionada ao cuidado, no Brasil, seu marco para conformação enquanto profissão se deu na década de 20, quando enfermeiras norte-americanas implantaram o sistema nightingaliano, com a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro, que foi fundada em 1923, sendo considerada a primeira escola de enfermagem moderna. Nos dias atuais, os problemas de saúde relacionados com a urbanização e a industrialização adquirem destaque, pois determinam à sociedade novos modelos de consumo, condições sociais, econômicas e culturais, tornando-se contextos complexos, que afetam a saúde humana (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). De acordo com a pesquisa de Backes 2008, a Enfermagem é um campo de prática social, que apesar de limitar-se durante muitos anos à reproduzir o que era determinado pelas políticas públicas, está passando a se utilizar de aptidões técnico-científica, para prestar cuidado à pessoas doentes ou saudáveis, seja na família ou comunidade, em benefício da organização social e da sua função como agente transformador, pois ainda é focada na prática tradicional institucionalizado, com pouca intervenção social para desenvolver atividades pró-ativas. Atualmente, o conceito de saúde não é restrito apenas à ausência de doenças, há outros fatores a serem disponíveis, como emprego, moradia, saneamento básico, água tratada, eletricidade, escolaridade, acesso aos serviços de saúde, entre outros (SANTOS; MIRANDA, 2007). Em seu trabalho, Backes 2008, afirma que a enfermagem deve assegurar o cuidado como prática social empreendedora, pois “o empreendedorismo social do enfermeiro é vivenciado por meio do cuidado de enfermagem como prática social empreendedora” Diferentemente do que muitos pensam ou imaginam, o empreendedorismo social não se traduz em obras grandiosas, nem mesmo em ações extraordinárias e, tão pouco, em mágicas teórico-práticas revolucionadoras. O empreendedorismo social se remete à gestos solidários, com competência para negociar com as incertezas, comunicar com o diferente, associar a ordem e a desordem, ampliando as oportunidades, potencializando os recursos e características das pessoas e, por meio das interações em redes e parcerias, consolidar uma nova ordem social, pela inclusão do diferente ou dos grupos mais vulneráveis. (BACKES, 2008, p. 25).

É importante destacar que foi consagrado, desde a Constituição de 1988, o direito à saúde. Assim, há uma ouvidoria da saúde, do Ministério da saúde, que recebe denúncias através da Ouvidoria-geral, em caso de lesão ou ameaça de lesão, ao direito à saúde, como também críticas, reclamações, sugestões e elogios às ações e aos serviços de saúde em geral do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Ministério Público. Além disso, há disponível para acessar em sites como o do ministério da saúde, CONASS, CONASEMS, IDISA, entre outros. Mas sabemos que isso não deve apenas existir no papel, deve ser real, executado pelas três esferas de governo, de forma descentralizada, regional e hierárquica (SANTOS, 2006). Para Maranhão, 2000, o cuidado humano seria a capacidade de interagir com o outro por meio da observação, percepção e interpretação de suas necessidades e a maneira como as atendemos, onde embora as necessidades humanas básicas sejam universais, as formas de manipulá-las são construídas socialmente de acordo como contexto

sociocultural. Pires, 2005, afirma que emancipar pelo cuidado, para a enfermagem, significa repensar as práticas e as relações envolvidas no seu processo de trabalho. O cuidado é um ato presente, seja na vida de cada indivíduo ou no contexto coletivo, seja na gerência e gestão, na educação em saúde, nas atividades de pesquisa e ensino ou, ainda, em espaços de consultoria. Ela afirma que, a proposta é de reinvenção da enfermagem na prática social de cuidar, podendo contribuir melhor para políticas sociais de cunho emancipatório, com perfil baseado na política e formalidade. Na maioria das vezes, o enfermeiro é um exemplo para toda a equipe de saúde, devido sua maneira de gerenciar, ser e estar no seu trabalho, demonstrando e implantando modelos de cuidados (ROSSI; LIMA, 2004). Buscou-se demonstrar a importância da enfermagem na prática social e apresentar as necessidades existentes na interação com a sociedade e as maneiras disponíveis para desencadear as mudanças. **Metodologia:** O estudo constituiu-se de uma revisão de literatura, realizada durante os meses de Abril e Maio de 2011, no qual se realizou uma consulta a acervos bibliográficos da Universidade Estadual da Paraíba e a artigos científicos selecionados através de busca em banco de dados eletrônicos. Após o levantamento da literatura, foi organizado o material que constituiu de um primeiro conhecimento do assunto. Depois, os artigos foram relidos e agrupados de acordo com os aspectos conceituais relacionados. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram uma abordagem sobre a Enfermagem e suas práticas sociais. **Análise e Discussão dos Resultados:** Os trabalhos analisados demonstraram a dificuldade que há entre a compreensão do conceito de enfermagem como prática social, como também, as necessidades de adequação enfrentadas pelos profissionais da área diante da sociedade. Revisando a literatura, percebemos que muitos enfermeiros têm executado estudos buscando refletir sobre o papel da enfermagem em diversas temáticas e, se compreendemos a produção científica dessa profissão, como um instrumento do seu procedimento de trabalho, podemos considerar que as modificações ocasionadas na prática, resultam das mudanças da finalidade desses trabalhos científicos, o que faz da enfermagem não só uma arte, mas uma ciência, disposta a beneficiar a sociedade. Apesar de a enfermagem ter se limitado durante muitos anos à reproduzir o que era determinado pelas políticas públicas, devemos salientar que tem se utilizado de aptidões técnico-científica e podemos considerá-la como um sistema com funções diferenciadas e autônomas, desde que supere o código saúde-doença que permanece na medicina e se vigore na área educativa e promotora da saúde dos indivíduos e da comunidade. A enfermagem não apenas cria e executa seu próprio campo, ela é composta de ações solidárias, sensíveis que interagem na prática social, por meio do cuidado, com comunicação por meio de diferentes sistemas sociais. Deve assegurar o cuidado como prática social empreendedora, diferentemente do que muitos pensam ou imaginam, o empreendedorismo social não se traduz em obras grandiosas, nem mesmo em ações extraordinárias e, tão pouco, em mágicas teórico-práticas revolucionadoras. Esse empreendedorismo social ajuda a estabilizar uma nova ordem social, pela inclusão de grupos sociais mais veneráveis, a partir de comunicação com gestos solidários, unidos de competência, ampliando assim as oportunidades e os recursos e características das pessoas e, por meio das interações em redes. Assim, o empreendedorismo e as redes socialmente comprometidas possibilitam para que ocorra a intervenção social e a conquista de novos espaços. Todos os indivíduos possuem o direito a saúde, a qual não está relacionada apenas à ausência de doença e sim, à diversos outros fatores sociais, econômicos e culturais, que influenciam diretamente para uma vida saudável e o enfermeiro é capaz de assegurar o cuidado como prática social. Para exercer o cuidado desejado e necessário, o enfermeiro deve se inserir nos diversos

processos de trabalho, ocupando espaços que estejam à mercê de suas responsabilidades, seja diante do usuário ou das equipes de saúde, com práticas conscientes e destinadas às necessidades específicas dos indivíduos, em busca da melhor humanização, ou seja, de relações dialógicas que proporcionem o desenvolvimento de todos os indivíduos, onde as crenças, as características pessoais, a cultura, entre outras peculiaridades sejam respeitadas. **Considerações Finais:** Não há dúvidas de que a enfermagem é uma profissão de suma importância para a saúde e bem estar da população e podemos considerar que ela cria e executa suas ações, devendo ser exercidas conscientemente e de forma humanizada, respeitando as necessidades e particularidades de cada indivíduo e relacionando-se à todos os outros contextos sociais, pois saúde não é restrito apenas à ausência de doenças, há outros fatores a serem disponíveis como emprego, moradia, saneamento básico, água tratada, eletricidade, escolaridade, acesso aos serviços de saúde, entre outros. Embora ainda haja dificuldade de adequação pelos profissionais de enfermagem diante da sociedade, sabemos que é um sistema com funções diferenciadas e autônomas, que terá maior êxito desde que supere o código saúde-doença que permanece na medicina e passe a se vigorar na área educativa e promotora da saúde dos indivíduos e da comunidade, sendo indispensável e de fundamental importância, a ampliação de discussões relacionadas às atribuições sociais da enfermagem, em um processo interativo, a partir da multidisciplinaridade profissional, onde o enfermeiro necessita de um posicionamento como agente político e não apenas como agente técnico, desprovido de caráter questionador, a fim de partilhar decisões e ampliar debates, direcionando-a a um novo espaço diante das desavenças da contemporaneidade. **Palavras-chave: Enfermagem; sociedade; cuidado.**

Referencial Teórico

SANTOS, Lenir. **Conhecendo seus direitos na saúde pública.** Campinas: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006.

SANTOS, Álvaro da Silva Santos; MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. de (Orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007.

BACKES, Dirce Stein. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008, 244p. Tese, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: http://www.tede.ufsc.br/tedesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=619. Acesso em: 10 abr. 2011.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento:** tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro, 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21020/000558387.pdf?sequence=1>. Acesso em: 03 mai. 2011.

MARANHÃO, Damares Gomes. **O cuidado como elo entre saúde e educação**, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n111/n111a06.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2011.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem:** conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500018&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 03 mai. 2011.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. **O trabalho de enfermagem em saúde mental:** contradições e potencialidades atuais, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>. Acesso em: 01 abr 2011.

PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: PARA QUE(M)?

Bruno Klafke Alves¹

Georgina Élide Matias da Silva²

Acadêmico do Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFRGS/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; E-mail: bklafke@gmail.com

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFPE/Universidade Federal de Pernambuco; Email: elida_matias@hotmail.com

Introdução: Diante da grave crise e dos enormes índices de desigualdade social, foi criada em 1988 a Constituição Federal, que promoveu o maior avanço na saúde pública do Brasil, garantindo os direitos sociais para toda população em nosso país. No seu artigo 196 "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". A partir da constituição de 88, o Sistema Único de Saúde - SUS foi criado para oferecer atendimento a toda população de forma igualitária, cuidar e promover a saúde e prevenir agravos. O modelo de saúde adotado antes da criação do SUS era dividido em algumas categorias, entre as quais: os que tinham direito a saúde por poder pagar pelos serviços privados de saúde, quem trabalhava com carteira assinada e era atendido pelo Instituto nacional de medicina e Previdência Social - INAMPS e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, passando a ser considerado como a maior conquista dos movimentos sociais. Visando superar aquela falta de atendimento, os Hospitais Universitários - HU's prestavam assistência à população que se encontrava desassistida em relação à saúde, até então sua única missão era de serem hospitais-escola. Entretanto, com a criação da constituição de 88 e a garantia de direitos iguais a todos, os HU's foram integrados a rede do SUS, passando agora a ter a missão de hospital de ensino, pesquisa e assistência e tornando-se referência na assistência secundária e terciária para o SUS. **Discussão:** Nos últimos anos o financiamento para os HU's tiveram alguns pontos de déficit, entre os quais se destacam pelo uso de recursos que deveriam ser investidos na estrutura, estavam sendo destinados a pagamento de pessoal terceirizado, por causa da ausência de concursos públicos para contratação recursos humanos, que deveria estar sendo feita pelo Ministério da Educação e Cultura- MEC, o que levou os HU's a buscarem financiamento pelo SUS, fundações não-estatais e doações. Desta forma, com a crise de financiamento e acúmulo de dívidas, os HU's ficaram sobrecarregados por terem uma grande capacidade de atendimento e qualidade, ficando esta crise mais evidente nos últimos anos, devido o quadro de servidores insuficientes, fechamento de leitos e serviços hospitalares, sucateamento, contratação de pessoal terceirizado e uma reduzida utilização da capacidade para alta complexidade instalada. Nos últimos anos com o argumento de que o estado é ineficiente para gerir os hospitais públicos, o governo vem gerando idéias de privatizações dos hospitais e entregando-os aos poucos para a iniciativa privada, passando estes a administrar os hospitais a sua maneira de funcionamento, que tem por princípio o cumprimento de metas de produção. Várias foram as tentativas, usadas pelo governo, no decorrer das décadas para superar essas crises: em 2001, com a pretensão da venda de 25% dos leitos dos hospitais universitários; em 2005, com o Projeto de Lei 7200/05, chamado de Reforma Universitária, tinha a idéia de desvinculação dos Hospitais das universidades, pelo fato do Ministério da Educação (MEC) não considerar a assistência à saúde função do MEC; em 2007, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) apresenta a idéia de criação da "Fundação Estatal de Direito Privado", entidades que fariam a gestão da saúde, previdência, turismo, dentre outros; em 2010, criação da Medida Provisória- MP 520, que autoriza a criação, pelo poder executivo, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que teve sua aprovação no dia 25/05/2011. A criação da MP 520/10 foi justificada pela necessidade de resolver o problema de contratação dos terceirizados nos hospitais universitários, considerado pelo Tribunal de Contas da União - TCU, cujo deu um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo

resolvesse a situação. Fato que não ocorreu. A EBSEERH é uma empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Medida esta, que efetiva um retrocesso no sistema de saúde brasileiro, um retrocesso na luta pelos princípios do SUS, retrocesso no cumprimento dos artigos constitucionais. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo fazer uma análise crítica do processo de retrocesso da saúde no Brasil. Trata-se de uma análise crítica, através de discussões e debates juntamente com uma revisão de literatura. A análise permite identificar que a privatização da saúde irá influenciar na comercialização do conhecimento, uma vez que todos os profissionais estarão voltando suas atividades para o bem da empresa, para seu lucro e produção, produzir o que será cobrado pela empresa “pública” que é quem está contratando estes serviços, logo, como será possível construir um conhecimento/aprendizado que seja realizado por trocas entre os profissionais e usuários se o foco está em produzir? Outra interferência prejudicial aos trabalhadores é a forma de contratação, por conta da instabilidade do contrato e da alta rotatividade dos funcionários, prejudicando o serviço público. Em relação aos usuários, no Art. 16: "A EBSEERH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente", ou seja, o convênio com planos de saúde. Tal proposta pode gerar leitos privados dentro de um hospital público, sendo prejudicial aos usuários do SUS, já que acarretaria muito mais demora nos procedimentos realizados pelo hospital. Os estudantes da área da saúde, no artigo 4, compete a EBSEERH "prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à vontade da empresa. Além disso, a desvinculação compromete um do campo de estudo dos estudantes: ao terem de estabelecer contratos de gestão com universidades, os hospitais podem estabelecer melhores contratos com universidades particulares, deixando os estudantes das universidades federais secundários. **Considerações finais:** Dessa forma, a MP 520/10 autorizando a criação da EBSEERH, trará grandes prejuízos à população que tem acesso aos HU's, do mesmo modo que expõe os trabalhadores a uma maior precarização e a instabilidade trabalhista, ao mesmo tempo em que adota uma forma de atuação privatista. Sendo necessário, diante do exposto de uma maior exposição do problema e maior mobilização.

Palavras-chave: MP520, privatização da saúde e precarização do ensino.

**PROJETO EDUCAÇÃO POPULAR E ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA**

Gabrielly Cristhina Trigueiro Maciel¹

Alana Franco da Silva¹

INTRODUÇÃO: O Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família (PEPASF) é um Projeto de Extensão Universitária que atua inserido na Comunidade Maria de Nazaré, situada entre os bairros Grotão, Funcionários II e III, em João Pessoa – PB. O referido projeto completou 13 (doze) anos de existência em setembro do corrente ano, tendo seu início graças à inquietação de alguns estudantes do Curso de Medicina em parceria com o professor Eymard Mourão Vasconcelos, do Departamento de Promoção da Saúde (DPS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que sentiram a necessidade de realizar ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica na referida comunidade. No ano seguinte, sob orientação da professora Kátia Ribeiro, alunos do Curso de Fisioterapia se integraram ao Projeto, por meio da articulação com o Projeto Fisioterapia na Comunidade. Durante o caminho do projeto, vários cursos da área de saúde (Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Técnico de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Odontologia) e Ciências Humanas (Ciências Sociais, Comunicação Social, Direito, Pedagogia, Letras, Jornalismo, Psicologia e Serviço Social) foram se inserindo no grupo, firmando uma das características de grande importância do projeto que é a interdisciplinaridade na prática extensionista. O PEPASF tem como proposta desenvolver uma prática de extensão universitária fundamentada nos princípios da Educação Popular, seguindo a linha de pensamento de Paulo Freire, proporcionando a vivência da dialogicidade entre professores e estudantes, onde todos têm o mesmo poder de voz e voto na construção das ações desenvolvidas junto à comunidade Maria de Nazaré. As atividades realizadas envolvem encontros socioculturais, participação ativa nas reuniões da Associação Comunitária (ACOMAN) e organizativas do projeto, luta em parceria com os Movimentos Sociais, relação interpessoal e de vínculo com os moradores. Essas práticas fomentam a responsabilidade e o comprometimento com as necessidades da comunidade e suas lutas. Isso reflete diretamente na formação do indivíduo fazendo dele um profissional humanizado, crítico, reflexivo e com autonomia, facilitando o entendimento do processo saúde-doença e do cotidiano das classes sociais populares. As reuniões que acontecem na comunidade envolvendo estudantes, professores, moradores da comunidade e equipe de saúde da USF tem como objetivo principal planejar e avaliar as atividades, resultando numa troca de experiências, na soma de conhecimentos entre o saber popular e o saber científico. Com base nesses encontros pode-se compreender a força da valorização do saber popular que é pouco priorizado na questão das políticas públicas e na forma de construção do conhecimento. Outro sentido essencial no desenvolvimento do Projeto é o interdisciplinar. O diálogo interdisciplinar proporciona a união de muitos saberes, impedindo que seja construída, no projeto e na vida dos participantes, uma “inteligência esfacelada” a qual produziria um “saber em migalhas”. A interdisciplinaridade se caracteriza pelo grau de interação real das disciplinas no interior desse projeto, o qual dispõe de uma relação recíproca, de mutualidade que possibilita visões e então soluções diferentes para um mesmo problema (CRUZ et AL, 2005). O campo de atuação do PEPASF é a Comunidade Maria de Nazaré que teve seu surgimento a partir da ocupação da área feita por famílias desabrigadas que viviam nos arredores dos Conjuntos Funcionários I, II e III, há cerca de 15 anos. Desde então, os ocupantes passaram a lutar e se organizar pelo direito à moradia e saúde. A comunidade é composta por cerca de 640

famílias (aproximadamente 4.591 pessoas) de baixa renda, com diferentes inserções no mundo do trabalho, com presença também significativa no número de desempregados. Suas atividades acontecem semanalmente e podem ser agrupadas em quatro eixos: o de Vivências junto às Famílias onde aos sábados, pela manhã, as duplas de estudantes de diferentes cursos visitam famílias previamente identificadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) ou por lideranças da comunidade na qual o diálogo se faz determinante na ampliação dos vínculos afetivos, buscando-se, em conjunto, as soluções para os problemas cotidianos frente às adversidades ditadas pela supremacia da subordinação e opressão das classes sociais; Atuação junto aos Grupos de Cuidados existentes na Unidade de Saúde da Família local, por meio do qual os alunos entram em contato com os membros da ESF, para a discussão e desenvolvimento de ações específicas, demandadas pelas próprias visitas realizadas às famílias, ou se integrando a um dos Grupos de Cuidados existentes na Unidade de Saúde (Adolescente, Crianças, Gestantes, Mulheres e Idosos) de acordo com interesse de cada aluno, que passa a acompanhar, planejar, executar e avaliar as atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo grupo reservando-se para isso uma tarde da semana conforme a atividade proposta; Interação com os Movimentos Sociais da Comunidade, dispondo de duas horas para a participação junto aos movimentos sociais organizados, com destaque para as reuniões com a Associação Comunitária Maria de Nazaré (ACOMAN); e Participação em Reuniões Organizativas e Encontros Pedagógicos, também com duração de duas horas, cujo conteúdo varia de questões de organização e aprofundamento teórico à discussão da situação das famílias e relações interpessoais entre os próprios participantes do projeto. Estas ações são baseadas na extensão popular que tem se constituído como possibilidade de se experimentar a relação entre o saber popular e saber científico com a intencionalidade de superar os problemas sociais e respeitar os diferentes saberes. Se propõe a desenvolver a extensão como um trabalho social útil, voltado ao exercício da democratização de todos os setores da vida social, com a promoção da participação popular e incentivo aos direitos emergentes, assim como de princípios que vislumbrem o compartilhamento dos conhecimentos e das atividades culturais; que contemplem a comunicação entre indivíduos, a responsabilidade social, direitos iguais a todos, respeito às diferenças e às escolhas individuais ou grupais, elementos que potencializam a dimensão comunitária e a solidariedade entre as pessoas (MELO NETO, 2006). O PEPASF caracteriza-se como uma educação problematizadora, procurando criar as possibilidades para a produção ou construção do saber, evitando a transferência de conhecimentos de forma verticalizada (FREIRE, 1996). É um esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares; é um processo fundamentalmente formativo e potencialmente transformador. Não há nessa um programa preestabelecido de conteúdos a serem ensinados, mas educador e educando se conhecem um ao outro, estabelecendo uma formação própria de suas realidades, interesses e saberes (FREIRE & NOGUEIRA, 2005). Quando aplicada nas práticas de saúde, essa metodologia cria a possibilidade para uma relação mais humana no fazer de saúde, onde o saber popular e o científico dialogam na perspectiva da promoção da saúde. Outra característica é o diálogo interdisciplinar que proporciona a união de muitos saberes, impedindo que seja construída, no projeto e na vida dos participantes, uma “inteligência esfacelada” a qual produziria um “saber em migalhas”. Se caracteriza pelo grau de interação real das disciplinas em seu interior, em uma relação recíproca, de mutualidade, que possibilita visões e, então, soluções diferentes para um mesmo problema. Durante todas as atividades desenvolvidas, a interdisciplinaridade sempre se faz presente, a fim de estabelecer uma troca contínua de saberes entre os integrantes do projeto, e destes com a

comunidade, provocando questionamentos sobre o sentido e a pertinência das colaborações entre as disciplinas, visando um conhecimento integral do 'humano' (VILELA & MENDES, 2003). Os vínculos estabelecidos entre as famílias e os estudantes permitem a ampliação sobre a ótica popular, partindo do ponto de vista individual para o coletivo. Promove ainda, a apreensão da realidade e historicidade locais como condições inerentes ao desenvolvimento comunitário. Desta maneira, a comunidade influencia na formação de futuros profissionais mais humanizados e comprometidos socialmente (VASCONCELOS, 2000). Uma ligação de elo horizontal é então estabelecida, permitindo uma conversa que tem a saúde como ponto principal, na qual estudante e comunidade trazem ambos suas dúvidas, inquietações e soluções sobre o processo saúde-doença. “Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade” (FREIRE, 1996). Fazer extensão em comunidades é uma oportunidade ímpar para os acadêmicos, pois eles poderão se inserir na realidade sócio-econômico-cultural daqueles que lhes demandarão atendimento quando estiverem no mercado de trabalho e para que acima de tudo não se constituam apenas de bons técnicos limitados as doenças, mas sim de bons profissionais da saúde, militantes e humanos. Portanto, a universidade deve se propor e efetivar ações condizentes com a realidade de saúde, facilmente implementáveis e eficazes para que a população possa usufruir seus direitos básicos (MELO NETO, 2006). O Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família, em sua essência, é um projeto integrador, e como tal, caracteriza-se pelo vínculo estabelecido com as diversas áreas e os diversos cursos ministrados nesta Universidade. Desta forma, este trabalho vem descrever a importância do PEPASF na formação acadêmica o qual contribuir para ampliar a visão dos estudantes envolvidos, potencializando sua prática em saúde e a compreensão do processo saúde-doença, através de ações educativas interdisciplinares, respeitando a realidade da comunidade e valorizando o saber popular, além de possibilitar uma visão integral do indivíduo. METODOLOGIA: A metodologia do PEPASF baseia-se em visitas semanais às famílias da Comunidade Maria de Nazaré realizadas por estudantes de cursos distintos. A escolha das famílias é realizada de acordo com a necessidade da própria comunidade, o que corresponde a uma indicação de algum morador, líder comunitário, ACS e demais membros da equipe do Programa Saúde da Família. Os estudantes chegam às casas em duplas, sendo cada uma formada por graduandos de cursos diferentes. As visitas são orientadas numa perspectiva dialógica, pautada na troca de saberes e compartilhamento de opiniões. Esse encontro semanal com a família cria e fortalece um vínculo do extensionista com os moradores, desestruturando idéias de superioridade/inferioridade, distanciamento e incapacidade, mecanismos de auto-proteção de ambos os lados, dando lugar à igualdade, aproximação e superação de obstáculos. As visitas são espaços para as famílias falarem e serem ouvidas, uma ação que parece simples, mas absurdamente em falta na sociedade individualista vigente. No ambiente acadêmico são realizadas reuniões semanais, cujo conteúdo varia de questões de organização e aprofundamento teórico à discussão da situação das famílias e relações interpessoais entre os próprios participantes do projeto. Como estratégia de organização do trabalho, os integrantes dividem-se em comissões: Articulação (estabelece uma parceria entre o PEPASF, ACOMAN e Unidade de Saúde da Família local); Atividades Coletivas (facilita a realização das atividades com maior público-alvo na comunidade); Cadastro (registra os dados das famílias acompanhadas); Científica (sistematizar atividades voltadas para trabalhos científicos e divulga os eventos que têm a

mesma perspectiva da prática desenvolvida); Frequência (contabiliza a participação dos estudantes); Rádio (sistematiza os programas e participa das reuniões da Rádio difusora local) e Teórica (norteia o aprofundamento teórico nas linhas da Educação Popular, Extensão Universitária, Promoção da Saúde e Interdisciplinaridade). Outra forma que os extensionistas desenvolverem atividades na comunidade é através dos Grupos: Adolescentes (procura trabalhar com adolescentes de 12 a 19 anos), crianças (desenvolve atividades de orientação no cuidado com crianças), gestantes (orientação na saúde da mulher no planejamento familiar), Programa de Orientações Posturais – POP – (orientação postural e debilidade física), Paz e Amor (incentiva a comunidade a desempenhar atividades artesanais). Essas atividades envolvem tanto professores, quanto moradores, estudantes e profissionais voluntários, que atuam sob uma perspectiva biopsicossocial da saúde. O diálogo interdisciplinar proporciona a união de diversos saberes, construindo um conhecimento integral, possibilitando, assim, diferentes abordagens e possíveis soluções para um mesmo problema. **RESULTADOS:** A partir das estratégias e ações desenvolvidas o projeto tem contribuído para ampliar a percepção dos estudantes envolvidos sobre o processo saúde-doença e o cotidiano das classes populares, proporcionando uma visão integral do indivíduo através do desenvolvimento de ações interdisciplinares, respeitando a realidade da comunidade e valorizando o saber popular. Possibilitando aos extensionistas uma interação das esferas de ensino, pesquisa e extensão, a partir das vivências adquiridas no desenvolvimento das atividades do projeto, realizando atividades de promoção e prevenção em saúde. Tem propiciado o aprendizado do respeito aos aspectos culturais da comunidade, incentivando a organização e o desenvolvimento de grupos de lutas políticas para a melhoria das condições sócio-econômicas na comunidade. As ações educativas coletivas realizadas pelo Projeto tem também possibilitado o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva dos diversos atores e grupos sociais que constituem a comunidade, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos seus moradores. Além destas várias contribuições, o PEPASF vem provocando discussões para construção dos novos currículos dos cursos da área de saúde. Vale ressaltar que suas atividades serviram de base para a reestruturação curricular do curso de medicina, no campo da Saúde Coletiva. O novo currículo do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba foi implementado e a Comunidade Maria de Nazaré, a princípio, passou a ser visitada por esses estudantes, dentro das atividades propostas pelos Módulos Horizontais Prático-Integrativos I (Saúde na Comunidade) e II (Atenção Básica), o que demonstra sua importância enquanto atividade de ensino e potencial desencadeadora de mudanças nas estruturas curriculares vigentes dos diversos cursos que dele participam. **CONCLUSÃO:** Logo, o PEPASF constitui-se em um espaço privilegiado para a contribuição de uma formação mais crítica e reflexiva de seus participantes, empoderando-os para atuarem como protagonistas na construção do conhecimento e de sua própria formação, com base na imersão na realidade concreta das classes populares e com interfaces junto ao sistema de saúde e à organização dos grupos sociais, numa perspectiva dialógica entre os saberes acadêmicos e populares, com respeito aos aspectos culturais existentes na comunidade. Suas ações buscam a autonomia da comunidade, bem como a melhoria da qualidade de vida dos moradores. Essas atividades envolvem tanto os orientadores e estudantes quanto moradores, que atuam sob uma perspectiva que contempla a promoção da saúde como elemento essencial ao bem-estar. Desta forma, tornando-se uma referência nacional em extensão popular, atraindo estudantes e professores das mais diversas áreas do conhecimento e regiões do país e do exterior para conhecê-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MELO NETO, J. F. Extensão Universitária: uma análise. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2001. IN: FIQUEIREDO, C. A. et al. **Fitoterapia como prática popular em duas comunidades da cidade de João Pessoa – Paraíba**. Artigo produzido para o V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 22-setembro 2005.

MELO NETO, J. F. Extensão Universitária: auto-gestão e educação popular. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2004. IN: FIQUEIREDO, C. A.; et al; **Fitoterapia como prática popular em duas comunidades da cidade de João Pessoa – Paraíba**. Artigo produzido para o V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 22-setembro 2005.

MELO NETO, José Francisco. **Extensão popular**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VASCONCELOS, E. M. **A Saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.11, n.4, p.525-531. 2003.

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
João Pessoa - Paraíba
24 à 31 de julho de 2011

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
PERSPECTIVA NA ENFERMAGEM**

Bianca Fonsêca Anízio¹
Sely Costa de Santana²
Ana Lúcia de Medeiros³

INTRODUÇÃO. Avaliações de qualidade de vida vêm sendo incorporadas às práticas do setor da saúde cada vez mais. Este tem emergido como um atributo importante da investigação clínica e formulação de políticas de saúde. Qualidade de vida tem sido usada, para distinguir diferentes pacientes ou grupos de pacientes e avaliar intervenções terapêuticas. Tradicionalmente, o atendimento dos clientes era focalizado no diagnóstico e tratamento e o resultado era medido através de indicadores objetivos: morbidade e mortalidade. Nessas últimas décadas, este enfoque tem mudado e o resultado das condutas utilizadas tem sido avaliado, também, através de variáveis subjetivas, que incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida (PASCHOAL, 2000). O idoso representa um segmento da população que cresce rapidamente e é crucial compreender os fatores que podem modificar e aprimorar a qualidade de vida de um idoso hipertenso, minimizando a possibilidade que esta doença seja a causa de sua morte. Os idosos, nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, vivem a velhice de forma diversificada, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais. Considera-se, ainda, que o aumento da população idosa em nossa sociedade constitui-se, no momento, num problema de saúde que poderá ser ainda maior, com o decorrer do tempo (FREITAS, 2002). As alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas a probabilidade de seu aparecimento aumenta com a idade, uma vez que o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis aos processos patológicos, caracterizando a senilidade (HAYFLICK, 1996). Esses processos, decorrentes de múltiplos e vulneráveis fatores, levam os idosos a apresentarem doenças, entre elas destacam-se as doenças cardiovasculares. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% destes. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência em nosso país, é caracterizada pela elevação da pressão sanguínea e quando não controlada pode causar problemas cardíacos, cerebrais e renais. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Diante dessa realidade, é importante destacar a relevância e a magnitude do problema, pois ainda hoje é carente de intervenção precoce e efetiva, como forma de evitar transtornos de maior gravidade, ao exemplo de acidente vascular encefálico, insuficiência coronariana, insuficiência renal e fenômenos ateroscleróticos, entre outros. Em decorrência da análise sumariamente efetuada sobre a hipertensão, torna-se possível enquadrá-la como um grave problema de saúde em nosso meio, ao ponto de se constituir um verdadeiro desafio científico. À medida que a população envelhece, a prevalência da hipertensão arterial continuará a aumentar cada vez mais, originando um grave problema de saúde pública entre a população idosa. É de se esperar que o enfermeiro, por desempenhar um importante papel dentro da equipe multiprofissional, mantenha-se permanentemente alerta quanto a essa situação, inclusive para resolver questões emergenciais. O idoso portador de uma doença crônica, como é o caso da hipertensão arterial, encontra-se, com frequência, várias dificuldades na adaptação, o que, potencialmente, poderá gerar conflitos pessoais e familiares. As doenças crônicas são caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida, não só do portador, mas também de outros membros da família (ARAÚJO, 1998). A longevidade é um fato atual, a população idosa vem crescendo de forma rápida e acentuada em todo o mundo e particularmente no Brasil. Espera-se que o número de idosos no nosso país chegue a mais de 26,3 milhões no ano de 2020, representando quase 12,9% da população total. Esse fato reforça a importância do controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, demonstrando a necessidade da adoção de medidas de promoção e proteção à saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Estima-se que 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos, sendo um fator determinante de morbidade e mortalidade. O estudo objetivou descrever as orientações de enfermagem ao paciente idoso hipertenso no que concerne à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão, quanto ao estilo de sua qualidade de vida. **METODOLOGIA.** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica pautada

metodologicamente nos achados literários e bibliográficos pertinente ao tema em estudo através de fontes bibliográficas, impressas e *on-line*, livros, artigos de periódicos e documentos. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.** A análise do hipertenso idoso deve ser simples de início, realizando-se uma avaliação diagnóstica mínima e logo a seguir instituindo-se a terapêutica anti-hipertensiva adequada e eficiente. Assim, como anamnese e exame físico cuidadosamente realizado pode-se suspeitar ou afastar a causa de hipertensão secundária com alguns exames complementares de rotina, pode-se avaliar a severidade da hipertensão, o estado da circulação cerebral e periférica, o grau de comprometimento cardíaco e a função renal. Somente em determinadas circunstâncias, como nas hipertensões rapidamente progressivas e nas hipertensões refratárias aos vários esquemas terapêuticos, é que devemos recorrer a provas diagnósticas mais complexas e que requerem maiores recursos técnicos. Para determinação precisa da pressão arterial, o idoso deve previamente permanecer em repouso, deitado comodamente, durante pelo menos 2 a 3 minutos. A medida da pressão arterial deve ser realizada nos dois membros superiores e em um membro inferior, em decúbito dorsal. Posteriormente, estando o paciente em pé, mede-se novamente a pressão arterial em um dos membros superiores. Essas determinações devem ser realizadas pelo menos duas vezes durante o exame físico e principalmente no controle do tratamento anti-hipertensivo, devido ao risco de hipotensão postural no idoso. Os resultados apontam que dentre as principais orientações de enfermagem no que tange a adesão do paciente ao tratamento da hipertensão estão: aderir ao tratamento medicamentoso de forma contínua e permanente, mudanças no estilo de vida, adotar bons hábitos alimentares, restrição do álcool, tabaco e prevenção da obesidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** O cuidar do hipertenso, não somente dos idosos, vai muito além da aferição da pressão arterial, a partir de envolve vários outros fatores indispensáveis para a volta do corpo à normalidade, como a verificação dos sinais e sintomas e do meio social e cultural ao qual o indivíduo está inserido. Os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos, em um país em desenvolvimento, demandam, por sua vez, respostas urgentes em diversas áreas. Sendo assim, consideramos de extrema importância, para essa clientela, ações de caráter mais preventivo, principalmente no controle de doenças crônicas, como a hipertensão arterial. É necessário que a enfermagem realize a aferição da pressão arterial, avaliações físicas, e orientação sobre aspectos psicossociais, bem como colabora para a orientação e administração correta dos medicamentos. Sendo assim, o objetivo primordial do tratamento da Hipertensão Arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular da pessoa hipertensa, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas à fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A avaliação da qualidade de vida e da percepção do paciente em relação à doença amplia as decisões clínicas, programas e políticas assistenciais. Outro aspecto importante para os profissionais da área da saúde é o benefício dos aspectos subjetivos, na avaliação dos idosos. Apesar da falta de estudos relacionando a hipertensão arterial e a qualidade de vida subjetiva, alguns relatam, sem profundidade, as alterações desses domínios e as diferenças entre idade e sexo. O idoso representa um segmento da população que cresce rapidamente e é crucial

compreender os fatores que podem modificar e aprimorar a qualidade de vida de um idoso hipertenso, minimizando a possibilidade que esta doença seja a causa de sua morte.

Palavras-chave: Idosos. Hipertensão Arterial. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v.2, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

FREITAS, M. C. et. al. PERSPECTIVAS DAS PESQUISAS EM GERONTOLOGIA E GERIATRIA: REVISÃO DA LITERATURA. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, març./abr., 2002.

HAVFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus; 1996.

PASCHOAL, S. M. P. **QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO QUE PRIVILEGIA SUA OPINIÃO**. f.255. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO IV ENCONTRO BAIANO E SERGIPANO DOS/DAS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Itamara Queiroz dos Santos¹

Ubiraci Queirós dos Santos²

¹ Bolsista FAPESB do núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Integrante do Diretório Acadêmico de Enfermagem, Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: itamarag@yahoo.com.br

² Bolsista do PET-Saúde da Família, Integrante do Diretório Acadêmico de Enfermagem, Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, e-mail: birinhaqueiroz@hotmail.com

Palavras- Chave: Prática Social, Enfermagem, Movimento Estudantil

Introdução: A definição de enfermagem como ciência, cuja essência intrínseca é o cuidado ao ser humano, seja em caráter individual e coletivo, caracterizada pelo o desenvolvimento de competências múltiplas assumindo um campo de atuação amplo. A enfermagem destaca-se, entre as outras profissões da saúde, pela sua capacidade de interagir diretamente com o usuário e a comunidade, assim como promover a interação entre os usuários com a equipe de saúde. Entretanto, para a enfermagem ser socialmente reconhecida é necessário o rompimento de paradigmas, requerendo dos profissionais e estudantes de enfermagem transformações desses atores em agentes políticos, pró-ativos, protagonista, inseridos nos contextos político, social, cultural e filosófico da comunidade na qual estamos inseridos. De acordo com Stein e Lorenzini (2009) apesar da enfermagem possuir a maior massa de trabalhadores da área de saúde, e o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades, a mesma ocupa posição secundária, na elaboração de políticas públicas, relacionadas com a transformação social. Demonstrando que há déficits de sujeitos com a percepção de que a enfermagem exerce por meio do cuidado ao sujeito individual e ao coletivo a sua prática social. A compreensão do social no campo da saúde provocou uma ruptura com os modelos cartesianos de investigação que reduziam as relações de causa e efeito ao plano biológico e remetiam a sua resolução ao modelo clínico de diagnóstico e terapêutica (ROCHA e ALMEIDA, 2000). O estudo do processo saúde/doença ratifica que a doença não é desencadeada por um fator unicausal, demonstrando que as condições bio-psico- sociais e culturais da população influencia positivamente ou negativamente na saúde e bem estar da população. Neste sentido, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, necessitam de aprofundamento no universo de significados das ações e relações humanas, para compreender a dinâmica interna de grupos específicos, instituições e atores, permitindo assim revelar processos sociais pouco esclarecidos. Segundo Bassani (s.d) a competência técnica do enfermeiro deve ser acompanhada de competência científica e política, sendo assim vital para a profissão sua participação nas definições das políticas de saúde e educação do país. Considerando que a formação política destes atores, na maioria dos casos é iniciada durante a vivência acadêmica, neste contexto os diretórios (D.A) ou centro acadêmicos (C.A) influencia positivamente os estudantes a desenvolver pensamentos críticos-reflexivos, através da elaboração de estratégias de luta para transformar a sociedade em que vivemos. Neste contexto, este presente trabalho tem como objetivo fazer um relato de experiência da organização do IV Encontro Baiano Sergipano dos Estudantes de Enfermagem, 2011 (EBSEEN). O EBSEEN é um encontro de estudantes promovido pela LOCO Regional Nordeste I em articulação com os Centros e Diretórios Acadêmicos de Enfermagem dos estados da Bahia e Sergipe, e tem como objetivo: promover a integração entre os estudantes de enfermagem dos estados da Bahia e Sergipe e assim como fortalecer a formação do estudante de enfermagem através da discussão de temas de caráter político, social técnico- científico e cultural que perpassam o contexto da profissão. **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelas discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), atual gestão (2010-2011) do diretório acadêmico de Enfermagem Fátima Teles, sobre a experiência de planejar, organizar metodologicamente e executar o IV EBSEEN, realizado

no período de 05 a 08 de maio de 2011, no campus da UEFS. O planejamento do encontro foi desenvolvido conjuntamente com outros estudantes integrantes de D.As e C.As das seguintes universidades: Universidade Federal da Bahia(UFBA) campus Salvador e Vitória da Conquista; Universidade do Estado da Bahia(UNEB) campus Salvador e Guanambi; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) campus Jequié e Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) campus Ilhéus. Na fase de planejamento do evento houve reuniões presenciais mensais com a comissão organizadora com a finalidade de planejar metodologicamente o evento assim como fortalecer a LOCO Nordeste I através da articulação entre os C.As e D.As das referidas universidades. O resultado do desenvolvimento da metodologia do evento foi a elaboração de mesas redondas, palestras e grupos de discussão sobre os temas pertinentes a prática social da enfermagem, tais como: o fazer em enfermagem nas interfaces sociais; o trabalho em enfermagem e as lutas da categoria; formação em enfermagem; ato médico; gênero e enfermagem, além de grupos de discussão com temas relevantes, tais como; o movimento estudantil na enfermagem; movimento negro; movimento homossexual (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Simpatizantes), movimento feminino, movimento dos sem terra (MST). **Análise e Discussão dos Resultados:** O planejamento, a organização e a execução do IV EBSEEN possibilitaram aos estudantes uma experiência coletiva, proporcionando um momento de reflexão sobre a formação social dos estudantes de graduação em enfermagem, com o intuito de promover mudanças coletivas e individuais. O principal objetivo do referido evento foi promover uma nova percepção dos discentes da graduação de enfermagem e profissionais sobre o processo saúde-doença, mudanças nos paradigmas de modelos de atenção à saúde, contribuindo de modo significativo para a formação de sujeitos críticos-reflexivos, pró-ativos, agentes transformadores e modeladores da realidade local, constituindo-se, portanto, numa estratégia para a reorientação da formação acadêmica e conseqüentemente para a transformação das práticas sociais. A realização do evento possibilitou entrarmos em contato com realidades sociais e regionais diferentes da nossa universidade, foi possível debater a dinâmica da cultura, social e filosófica e perceber diferentes visões de um mesmo conteúdo, uma condição indispensável para que novas práticas fossem incorporadas. O encontro favoreceu a aproximação dos estudantes com grupos e movimentos sociais possibilitando a troca de experiências com estes sujeitos modeladores de suas realidades, a “quebra” de preconceitos e rompimentos de paradigmas sociais. Percebemos ao longo da realização do evento que a construção do agir, saber e fazer em saúde estão articulados e devem ser trabalhados continuamente, pois não são um fim em si mesmo, mas um processo em permanente construção. Essas questões perpassam pela formação em saúde que deve ser repensada com o passar do tempo se adequando às reais necessidades da população dentro do seu contexto social. A construção do evento assim como a realização do mesmo favoreceu a comissão organizadora entrar em contato com docentes que têm uma vasta vivência na prática social da enfermagem, assim como debater assuntos pertinentes a nossa formação política enriquecendo desta forma o evento, através da construção e desconstrução da percepção da realidade social. O evento favoreceu o fortalecimento da LOCO Regional Nordeste I, pois a três anos que não era realizado este evento, devido a desarticulação da LOCO Nordeste I. Ressaltando que está rearticulação da LOCO Regional Nordeste I ocorreu durante o 33 Encontro Nacional dos Estudantes de Enfermagem, realizado nos dias 18 a 25 julho 2010, em Recife-Pernambuco. **Considerações Finais:** A vivência na organização, planejamento do IV Encontro Baiano Sergipano do/das Estudantes de Enfermagem favoreceu as estudantes integrantes do diretório acadêmico um amadurecimento e crescimento pessoal e coletivo, crítico-reflexivo, fortalecendo a inquietude de ser um agente modificador, remodelador das mudanças sociais, políticas e culturais, pois a sociedade precisa de profissionais com “olhares” voltados para o social, no qual os conhecimentos técnico-científicos estejam aliados com atitudes críticas e reflexivas. Além disso, permitiu o fortalecimento dos diretórios acadêmicos e centros acadêmicos participantes, e o fortalecimento da LOCO Regional Nordeste I. Este encontro apresentou a muitos

estudantes da graduação em enfermagem a importância da prática social da enfermagem, além de promover a integração dos estudantes de regiões, culturas diferentes da nossa. Possibilitou o fortalecimento da formação dos estudantes de enfermagem através da discussão de temas de caráter político, social, técnico científico e cultural que perpassam pelo o contexto da profissão. Dessa forma, o encontro constitui uma importante ferramenta para a reorientação da formação, permitindo aos estudantes a experimentar uma nova experiência que no cotidiano da graduação muitas vezes não é explorado, possibilitando a formação de profissionais éticos, responsáveis, pró-ativos, comprometidos socialmente, politizados. Através do aprofundamento na dinâmica interna de grupos específicos, nas instituições e atores, permitindo revelar processos sociais, distantes das suas respectivas realidades sociais. A realização do encontro revelou-se importante pelas as informações compartilhadas e também por proporcionar a aproximação dos integrantes dos D.As com os estudantes de outras universidades e faculdades públicas e privadas, e também pelo estabelecimento de trocas de experiências, além da inserção de novos integrantes no nosso D.A que foi fruto de uma relação de confiança com esses discente.

Referências

BASSANI, N.L.S; SAMPAIO **A participação Acadêmica como Instrumento para a Competência Política: uma percepção de representados.** Faculdade de Enfermagem/PUC-Campinas, Grupo de Pesquisa de Saúde. Campinas s.d

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

STEIN,Backes, Dirce, LORENZINI,Erdmann, Alacoque O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIALTRANSFORMADORA. **Congresso Brasileiro de Enfermagem.** ABEN, Fortaleza Céara, trabalho 85, 2009.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO POPULAR EM UM ASSENTAMENTO

Ismael Cabral Júnior (Acadêmico do 7º período de Enfermagem – UFPI e-mail: is.cabral@hotmail.com)

Maiara Carvalho Nogueira (Acadêmica do 2º período de Enfermagem – UFPI e-mail: mai.cn@hotmail.com)

Joelson Cantuário Ferreira de Melo (Acadêmico do 6º período de Enfermagem – UFPI e-mail: joelsoncantuario@hotmail.com)

Introdução. A classe dominante, isto é, a elite, até a década de 70, traçou as diretrizes que norteavam a Educação em Saúde no Brasil já que possuem o poder econômico e político dentro da sociedade, assim, impuseram práticas mercantilizadas e autoritárias. Neste contexto, muitos profissionais de saúde mostraram-se insatisfeitos e desejaram uma atuação mais significativa para as classes populares. Isso concorreu para o engajamento em experiências de Educação Popular estabelecendo uma cultura de relação com estas classes, que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora. Esta metodologia foi sistematizada pelo educador Paulo Freire, e objetiva a organização de um trabalho político participativo de libertação e conquista de direitos. Para a construção do conhecimento alicerçado nas reflexões da práxis, é inevitável o envolvimento da comunidade num processo de participação que estabeleça uma reflexão crítica da realidade. Para isto, se faz necessário, acreditar nas potencialidades e na autonomia dos cidadãos para serem sujeitos no cenário da promoção da saúde, como copartícipes na transformação da realidade. Desta forma, as ações de educação em saúde precisam ser repensadas para transformar um agir em saúde que hoje é fragmentado, alicerçado na imposição do conhecimento científico sem relação com as condições de vida da comunidade. Assim, é responsabilidade dos profissionais/educadores em saúde conhecerem as expectativas e a realidade de cada indivíduo, estando aptos para atender as demandas da coletividade, respeitando seus valores, crenças e saberes. A escolha do MST para esse estudo se deve a seu papel estratégico na sociedade brasileira pela sua experiência e organização na luta por Reforma Agrária. Por essa razão, esse movimento possui um acúmulo de práticas e propostas que podem contribuir para a construção de uma política de saúde para o campo. A Lei 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde -SUS- reitera: a “saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” Desde a criação do MST, são desenvolvidas ações de saúde nos acampamentos e assentamentos. O movimento possui setores organizados em todas as áreas, inclusive saúde, para enfrentar os problemas que surgem ao longo dos processos de ocupação e assentamento. As atividades desses coletivos abrangem desde o acompanhamento de doentes até as preocupações com o acesso aos serviços de assistência médica, água de boa qualidade, promoção da fototerapia entre outras. Muitos de seus integrantes atuam como agentes comunitários de saúde inseridos em programas como o PSF e, em alguns estados, participam das instâncias de controle social do SUS, tais como Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Em 1998, o MST organizou o Coletivo Nacional de Saúde, por meio de uma oficina nacional, em Brasília, com a participação de representantes de 23

estados do Brasil. Nesse encontro, foram definidos os princípios a serem utilizados na luta pela saúde. As pautas de discussão envolviam desde os princípios constitucionais da saúde até os conceitos oriundos do movimento da moderna Reforma Sanitária Brasileira. O conceito ampliado de saúde também é resgatado e entendido que seu alcance está condicionado ao acesso à “terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica – onde haja justiça, igualdade, participação e organização”. A Educação Popular em Saúde é uma importante ferramenta para se trabalhar com a saúde da população em seu espaço nativo, a Comunidade. As atividades realizadas durante o Estágio Interdisciplinar de Vivência e Intervenção desenvolvidas pelo NEPPA - Núcleo de Estudos e Práticas em Políticas Agrárias, da UFBA, nas comunidades do recôncavo baiano, e nesse caso em um assentamento da região de São Sebastião, através da inserção dos estudantes nesse cenário, permitem uma experiência diferenciada, focada em saberes e práticas dos próprios moradores da Comunidade, a partir de uma ação problematizadora e libertadora. **Objetivos.** Relatar a experiência dos estagiários do Centro Acadêmico de Enfermagem Rosa Luxemburgo no IV Estágio Interdisciplinar de Vivência e Intervenção (EIVI) - Bahia em suas atividades tendo como instrumento a cartilha de saúde do Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST junto às famílias visitadas. **Descrição metodológica.** No período 9 a 24 de janeiro de 2010 foram realizados 4 dias de formação em uma escola de Santo Amaro, nove dias de vivência em assentamentos e acampamentos em Santo Amaro e São Sebastião. Essas comunidades são assentamentos ou acampamentos do MST. Em grupos de em torno de 10 pessoas, com estudantes veteranos do projeto, os monitores, os quais já possuíam famílias fixas que já eram acompanhadas, os estudantes se dividiram em grupos temáticos e um deles era de educação em saúde. Durante a capacitação os monitores trabalham coletivamente com os estagiários aliando teoria e prática. Como ferramenta teórica, é disponibilizado para os monitores um caderno de textos específicos com detalhamentos metodológicos das oficinas e grupos de discussões, além de textos, notícias e informações do funcionamento e organização do MST. As oficinas e grupos de trabalhos funcionam tanto para solidificar a leitura dos textos quanto para nos capacitar e discutir situações que poderemos encontrar nos assentamentos. Tudo isso é realizado durante os 4 dias de capacitação intensa e é de extrema importância esse momento já que a maioria dos estagiários irão se deparar com realidades bem diferentes do seu cotidiano. Por 9 dias os estagiários e monitores são deslocados aos assentamento/ acampamentos e são “adotados” por uma família. Durante esses dias o estagiário vivenciará o cotidiano dos moradores conhecendo, assim, seus valores e práticas. Como o EIVI-BA é diferente de muitos outros Estágios de Vivências, por conciliar a vivência e a intervenção, são realizadas reuniões entre monitores e estagiários todos os dias para dividirmos angústias, crises e perspectivas de ação, além disso, serve para construir nossa intervenção que é pautada na Educação Popular. Durante a vivência procurou-se saber a história das famílias, sua inserção na comunidade, os desafios e necessidades que enfrentam, e suas demandas em saúde, isso para o grupo que discute saúde, já que os estagiários podem escolher trabalhar em vários eixos que os setores do MST trabalham, como agricultura, ecologia, comunicação, trabalho com criança, dentre outros, na intenção de problematizar a realidade avistada, propor estratégias de enfrentamento para as dificuldades e trabalhar o conceito ampliado de saúde. **Análise e Discussão dos Resultados:** Foram 9 dias de intensa vivência, morando, comendo, enfim, vivendo o mais próximo possível da realidade dos moradores, pôde-se verificar que em assentamentos moram famílias com diferentes

perfis socioeconômicos, assim como alguns problemas organizativos e políticos, porém, o que mais chama a atenção é a força e determinação de famílias que lutaram pelo seu pedaço de terra, enfrentando dois anos de vida embaixo de lonas e se alimentando de sestas básicas, para que, enfim, seu terreno para que possa plantar fosse regulamentado. A tarefa de discutir saúde em uma comunidade rural que passa por dificuldades, nesse caso, é diferente de outras comunidades pelo fato dessas famílias fazerem parte de um movimento social, isto é, elas estão organizadas e além de saberem, vivenciam conquistas que só foram possíveis através da organização e luta, assim, tem-se um campo para se trabalhar algo mais específico, educação em saúde, com pessoas com as quais pode-se criar vínculo afetivo e de responsabilidade, que estão abertas para o trabalho coletivo e a essa aproximação dos estudantes com eles, e, comprova-se na prática o desejo das famílias pela continuidade do projeto. Encontraram-se casos instigantes e famílias com problemas diversos (de ordem financeira, social e/ou de saúde), que levaram à problematização sobre como agir nesses casos, e a proposição de soluções em comum acordo com as famílias. As visitas periódicas dos monitores do NEPPA geram um maior vínculo dos estudantes com as famílias e o movimento social, e o desenvolvimento de um sentimento de autonomia das mesmas. **Considerações Finais.** A metodologia da Educação Popular em Saúde aplicada na comunidade pelo grupo de estagiários mostra ser efetiva na promoção da saúde da família e de um bem-estar biopsicossocial. Apesar de pouco tempo de vivência pode-se notar avanços na saúde da comunidade, fazendo a análise de uma perspectiva histórica, e tais resultados geram um sentimento coletivo nas famílias de poderem ser sujeitas no processo saúde/doença, de sua autonomia, suas experiências e saberes. A melhor compreensão da dinâmica familiar, baseada no método problematizador, permite ao estudante uma nova experiência, que muitas vezes não se vê na universidade e contribui na construção de uma vida acadêmica direcionada ao agir, frente a realidades desafiadoras que surgem no contexto da educação em saúde. Assim, é interessante que a universidade, como espaço de desenvolvimento do conhecimento humano, se apodere dessas práticas e as incentive tanto como extensão quanto como ensino, visto que os resultados obtidos, para a comunidade e para os estudantes, são de grande significância por proporcionar àquela um empoderamento de conhecimentos e práticas que se resultara na melhora ou manutenção do seu estado de saúde, contribuindo, assim, na construção de seres sujeitos na obtenção de conquistas políticas/sociais que vão de encontro a seus anseios.

Palavras-chaves: Educação Popular em Saúde, Problematização, MST.

RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Beatriz Alves de Araújo Cruz¹

belatrix1984@hotmail.com;

Josineide Freire da Silva Moura²

jo.freire@ig.com.br;

Emanuely Mabrine Ferreira Costa³

emanuely_mabrine@hotmail.com;

Introdução - Partindo do princípio que responsabilidade social é a ação de indivíduos que visam à melhoria de uma comunidade que se inserem em um contexto social, a enfermagem como ciência vai construir sua responsabilidade social na saúde a partir de sua área de abrangência, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), mais conhecidas e identificadas como Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF é uma estratégia para a orientação do modelo de Atenção Básica à saúde, um caminho para a estabilização do SUS, onde as enfermeiras devem trabalhar com práticas voltadas para a assistência, gerenciamento e educação (NASCIMENTO 2005), tendo estas, por conseguinte, o compromisso de despertar a população a ter hábitos saudáveis, que possam contribuir com melhorias epidemiológicas, redimensionando a saúde em oposição. As visitas domiciliares realizadas pelos integrantes da ESF têm demonstrado ser bastante eficaz para a promoção e prevenção de saúde, principalmente, a visita realizada pelo enfermeiro pois, através da visita é possível identificar fatores determinantes no processo saúde/doença favorecendo a formulação das ações de prevenção e promoção a serem realizadas no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. A enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo passou por diversas transformações e consequentemente sofrerá outras mais, pois a sociedade e as mudanças que nela ocorrem, influenciam também o conhecimento e posicionamento da enfermeira na sociedade em que se encontra. Assim, registram-se atualmente na enfermagem alguns avanços, que se delinearam desde o meio acadêmico até conquistas de novos espaços de atuação. No entanto, os caminhos e tendências dos processos de globalização no mundo moderno impõem novos e grandes desafios para o exercício do profissional de enfermagem, principalmente quando se fala na sua atuação sócio-política. A responsabilidade social do enfermeiro está em todos os seus campos de atuação, contudo, a UBSF, por ser, atualmente, a primeira porta de entrada da comunidade ao sistema de saúde gratuito, é por sua vez, o local em que o enfermeiro deve praticar seus conhecimentos quanto à promoção e proteção da saúde, trabalhando com toda a equipe de forma planejada e organizada, com o intuito de estabelecer

1 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.

2 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.

3 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.

uma relação de vínculo com a comunidade, estimulando-a se organizar, na busca pelo aprimoramento da participação e do controle social, possibilitando por sua vez, o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania (NASCIMENTO, 2005). O Programa Saúde da Família se baseia na lei 8080/90 do SUS, previsto no art. 198 da constituição federal que estabelece princípios de universalidade, integralidade e igualdade da assistência à saúde, preservação da autonomia, descentralização e participação da população. Segundo o curso introdutório para profissionais da saúde da família de Campina Grande PB (2008), o processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde ampliou o contato do sistema com a realidade social político e administrativa do país, colocando gestores que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, diante disso em 2006 o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades em três dimensões: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS. No pacto pela vida as prioridades são: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica. Baseado no pacto pela vida o governo federal instituiu os programas de promoção e prevenção que são praticados pelas USF em todo o Brasil que tem contribuído com a diminuição de agravos.

Objetivos – Verificar como o enfermeiro vem desenvolvendo seu papel social no Programa Saúde da Família. **Metodologia** – Para uma melhor compreensão, aproximação e aprofundamento em relação à temática, foi realizado um estudo do tipo revisão sistemática onde efetuou-se uma busca sistematizada abrangendo artigos de periódicos indexados na Bases de Dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com os seguintes descritores: papel social da enfermagem, papel social do enfermeiro, o enfermeiro como ser social, prática da enfermeira, enfermeiro e PSF. Os dados foram coletados no período de Abril/Maio, de 2011 e os artigos pesquisados têm seu período de publicação entre os anos de 2004 a 2011. **Análise e Discussão dos Resultados** – O trabalho em saúde foi desenvolvido a partir da epidemiologia e da clínica. Estas duas vertentes deram origem ao modelo de atenção em saúde e ao processo de saúde coletiva, que adotou várias formas de organização. Geralmente os sistemas de saúde têm enfoque na atenção primária e atuam principalmente nas ações de controle do meio ambiente físico, biológico e social ao lado do enfoque assistencial (MENDES; GONÇALVES apud NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2002). O SUS trouxe consigo mudanças nos serviços de saúde e no modelo da atenção em saúde. Neste contexto, a prática da enfermagem também foi modificada. A atuação profissional do enfermeiro deixou de ser curativa e passou a dar ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2002). A enfermagem é uma prática social que responde, ou pelo menos tenta responder, às exigências de uma determinada sociedade em todos os seus níveis de organização, dessa forma, o cuidado individual e coletivo praticado pelos grupos saúde da família, que devem ser gerenciados pela enfermeira, espalhados em todo território brasileiro, tem trazido benefícios caracterizando uma responsabilidade social desses profissionais de saúde junto às famílias assistidas. Diante do estudo, detectamos que o enfermeiro tem um importante papel na Equipe Saúde da Família, pois desenvolve atividades assistenciais e preventivas, porém, diante da grande demanda, falta de médico, o enfermeiro tem tentado suprir as necessidades da comunidade através do assistencialismo, já que o enfermeiro da unidade de saúde tem se destacado nos atendimentos à

puérpera, crianças em faixa etária de 0 a 2 anos, pré-natal, saúde da mulher (exame das mamas, coleta de lâminas e orientações), além de estar presente nos grupos de hiperdia, saúde mental com agendamento e entrega de medicamentos. Entretanto, as atividades educacionais e preventivas tornam-se deficientes diante da necessidade da comunidade de assistência em saúde. Dentro das atividades obrigatórias da enfermeira, ela pode e deve realizar ações de cunho social, tentando direcionar a comunidade para ações de prevenção à saúde, tais como educação em saúde e proteção da saúde, elaborando e gerenciando planos que atendam às necessidades da comunidade, melhorando a qualidade de vida desta. Em vista disso, percebe-se a ausência das ESFs nas escolas, promovendo oficinas com adolescentes e jovens, clube de mães, e em todos os setores existentes nas comunidades, para abordar os diversos temas que se referem à prevenção e proteção da saúde, assim como, carência de formação de grupos nas UBSFs que gerem produtos e resultados advindos das práticas da enfermeira e sua equipe. O profissional de enfermagem deve buscar também melhorias no campo de trabalho, em relação a salários, carga-horária, capacitação para possibilitar a realização profissional do enfermeiro, prestando assistência de qualidade e despertando a comunidade para exigir seus direitos de forma diminuindo os problemas de saúde pública.

Conclusão – O enfermeiro como parte integrante do grupo de Saúde da Família tem suma importância para a equipe, tanto com suas atividades assistenciais, quanto com suas ações sócioeducativas, pois o conhecimento de enfermagem possui uma visão ampla e abrangente sobre saúde, indo além das práticas médico- hospitalares, porque ele pode atuar como educador, principalmente quando se fala em PSF, onde o papel do enfermeiro passa a ser mais bem desenvolvido na área da promoção e prevenção da saúde. Contudo, nota-se pouca compreensão do que é o PSF por boa parte dos enfermeiros, que não o enxergam como uma nova estratégia de modelo assistencial voltado para a vigilância em saúde, enfocando a educação nas ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação desta (NASCIMENTO, 2005). A Estratégia Saúde da Família, dentre os vários campos de atuação da enfermagem, foi o único que permitiu o enfermeiro atuar com mais autonomia, e onde seu trabalho tem mais visibilidade e respeito, no entanto, para conseguir este destaque, o enfermeiro precisa compreender que ele é capaz de promover saúde, que é apto para trabalhar em equipe, como também na comunidade, interagindo com ela, podendo desta forma, proporcionar mudanças importantes na sua área de abrangência. Segundo (DAL PAI, 2006), o enfermeiro deve ter uma visão globalizada, sendo capaz de compreender e participar de decisões complexas, assim como, de interagir socialmente. Ele deve também repensar e analisar suas práticas, respeitando e cumprindo os princípios que norteiam o SUS, dessa forma, ele terá como construir possibilidades de interação de diferentes especialidades combinadas com a própria experiência, interagindo o indivíduo com a situação, podendo promover então, uma atenção à saúde mais justa, igualitária e de melhor qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Unidade Básica de Saúde; Responsabilidade social.

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Bruno Campêlo de Andrade

Ingrid de Campos Albuquerque

Vandiel Barbosa Santos

Introdução: O enfermeiro é aquele capaz de desenvolver a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. É nesse contexto que o enfermeiro atua em múltiplas funções e em inúmeros campos, exemplo disso é a Estratégia Saúde da Família que vem integrar, coordenar a ESF, já que em sua formação acadêmica lhe é proporcionado fundamentação teórica para a realização de consulta, diagnóstico e prescrição de enfermagem em toda sua assistência. É através da ESF que o enfermeiro desenvolve suas atividades com maior autonomia, tendo sua função valorizada e reconhecida cada vez mais perante a comunidade, apesar das muitas dificuldades normalmente enfrentadas por estes em outros níveis institucionais. Nesse sentido, este trabalho visa conhecer a realidade da satisfação profissional dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família **Metodologia:** O trabalho tem enfoque descritivo a partir de pesquisa bibliográfica em artigos no período de 2006 a 2010, escrito em língua portuguesa, estes, do banco de dados LILACS, MEDLINE, IBECs e SCIELO, usados descritores: Enfermagem, Estratégia Saúde da Família e Profissional. **Resultados:** Sabe-se que a enfermagem atualmente representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas de assistência de saúde pública. Esse reconhecimento contribui significativamente para o trabalho na ESF como um retorno às origens da profissão, na identificação com a profissão e, conseqüentemente, para a satisfação profissional. Para analisar a atuação do enfermeiro na ESF e a satisfação profissional em função do desenvolvimento de novas práticas são estabelecidos dois eixos: vocação e autonomia. Sendo a vocação considerada como justificativa para a escolha do enfermeiro para atuação no ESF, enquanto que o compromisso profissional aparece como fator fundamental para a manutenção desses trabalhadores no seu exercício. Ao passo que a autonomia significa que o profissional passou por uma formação que lhe assegura uma maior independência no desempenho profissional permitindo a este um equilíbrio de seu saber/fazer, associando teoria e prática na assistência dispensada à população, e a ousadia do profissional em cumprir e fazer cumprir a legislação que lhe respalda. Do ponto de vista profissional, destaca-se a valorização, apesar da insatisfação com a ausência de isonomia salarial, pois os enfermeiros consideram que alcançam na ESF a sua melhor remuneração e a sua maior valorização. Neste contexto, enfatiza-se que o exercício da cidadania faz com que os profissionais lutem por melhores condições de trabalho e de salários e obtenham reconhecimento pelas suas contribuições à instituição e à comunidade, pois sem termos consciência dos nossos direitos, somos demissionários da nossa condição de cidadãos, uma vez que estamos em um momento histórico do levantar de uma bandeira pela profissão, numa perspectiva emancipatória. Necessário se faz que o enfermeiro sintam-se importante no seu processo de trabalho, por seus esforços para aperfeiçoamento e melhor atuação, tendo em vista a obtenção de reconhecimento e valorização, o que lhe permite uma satisfação profissional. O sentimento de mudança se faz presente, com respeito à valorização profissional, por isso se percebe que, mesmo frente à problemática existente, o trabalho desempenhado pelo enfermeiro no ESF parece compensador, o que pode figurar como um fator motivador da continuidade de execução da função nessa área de atuação. Enfim, apesar das

adversidades, o enfermeiro assim como os demais membros da equipe da ESF deve buscar meios, formas e alternativas em busca da efetivação do Sistema Único de Saúde. O profissional precisa sentir-se parte deste contexto enfrentando os obstáculos, atuando de forma criativa e comprometida, neste árduo processo de conquistas para o crescimento profissional e o reconhecimento da profissão. Diante de tudo isso, torna-se fundamental buscar por conhecimentos científicos e técnicos para melhorar seu nível profissional, fortalecendo a capacidade de absorver e transmitir conceitos e informações no meio em que atuam. **Conclusão:** Assim, vale ressaltar que o profissional enfermeiro é o responsável pelo desempenho da sua atuação e, portanto, quem faz emergir a profissão, já que o enfermeiro é um dos poucos profissionais da área da saúde que pode mesclar o orgânico, anatofisiológico e psicossocial com o científico, pois além de cuidar do paciente quando está enfermo, a enfermagem atua na prevenção de doenças e na produção de pesquisas para evitar que as mesmas acometam indivíduos, predispostos ou não. Desse modo, caberia dizer que o enfermeiro poderá ser o profissional do futuro, tendo em vista que a evolução da profissão propicia condições para que ele atinja seu firmamento, reconhecimento, autonomia e satisfação profissional.

SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS DESVELADOS À LUZ DA FOTOGRAFIA - NUMA UNIDADE REFERÊNCIA DO RECIFE – PE - PRECARIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Lucas dos Santos Feitosa¹¹

Waldemar Brandão Neto¹²

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro¹³

À custa de um processo doloroso, gradual e de clamor popular, a reforma sanitária cujo ápice atinge os anos 80, amplia para o enfermeiro o seu campo de ação/atuação, podendo este assumir papel de destaque nos processos de saúde coletiva, enquanto membro da equipe de saúde engajado no atual momento político brasileiro. Porém, ressalta-se que a persistente formação tecnicista do enfermeiro, que possui raízes históricas no Brasil, não favorece uma mudança de modelo profissional no grande campo das batalhas por um espaço de agente transformador. Ao contrário, ocorre uma relação distante entre o exercício real da enfermagem, suas aspirações teórico-científicas fomentadas dentro da academia, e as políticas de saúde públicas, com atuações em sua grande maioria tênue ou ausente no dia-a-dia do ensinar, pesquisar e do fazer enfermagem. De modo geral, estão ocorrendo alterações no mundo do trabalho, estas têm vindo de encontro a amenizar o desgaste da saúde dos trabalhadores, decorrente dos sentimentos de impotência frente à estrutura hierárquica e centralizadora, além de abrandar as situações de alienação e estagnação em que os profissionais se encontram, pois foram entregues a uma estrutura de trabalho que ainda valoriza mais os recursos tecnológicos e a execução de tarefas padronizadas e rotinizadas, em detrimento da singularidade dos usuários (SANTOS, 2000). São muitos os avanços percebidos na assistência hospitalar pública nas últimas décadas, os quais incluem investimentos para a melhoria da gestão, compra de equipamentos e desenvolvimento de novas tecnologias. Entretanto, observa-se a pouca valorização dos usuários e trabalhadores das instituições de saúde, assim como uma sobrecarga e a precarização do trabalho desses profissionais, o que tem merecido algumas reflexões em busca da melhoria deste aspecto. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que possam avaliar essas questões a partir das necessidades levantadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

¹¹ Graduando em Enfermagem do 5º período da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE). lucassantos.s@hotmail.com

¹² Enfermeiro. Mestrando do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Bolsista CAPES. brandaonetow@gmail.com

¹³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Líder do GEPEV. estelapf2003@yahoo.com.br

Todos são membros do grupo de estudos e pesquisa Enfermagem na Promoção a Saúde de Populações Vulneráveis (GEPEV – CNPq – UPE).

Cabe ressaltar que as instituições hospitalares são sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se locais formados por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença, morte, convivência o que muitas vezes leva a ansiedade, tensão física e mental (MARTINS, 2003). Além disso, o fato do trabalho ser executado de forma fragmentada intensifica essas alterações emocionais, o que aumenta a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais, pois neste trabalho identifica-se uma compartimentação da pessoa a ser cuidada (LEOPARDI, 1999). O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham, como produto final, o cuidado, está implícito que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade (FERRI, PEREIRA, MISHIMA et al, 2007). Para Almeida et al (2009), o cuidado permite fazer a mediação dialética entre as dimensões dos micros espaços de intervenção e dos macros espaços estruturais, permitindo a construção de práticas de saúde democráticas, convergentes com os direitos sociais. Depreende-se, a partir dessas reflexões, a potência da enfermagem brasileira para protagonizar processos de transformação na sua prática, nas práticas de saúde, na educação, na pesquisa e nas políticas de saúde. A realidade das políticas de saúde, frequentemente divulgada pela mídia, denuncia a precarização da assistência de enfermagem e a escassez de profissionais para atender à demanda e às necessidades mínimas da população, tendo como consequência, o comprometimento da qualidade do cuidado. Na literatura, atualmente, encontra-se uma riqueza de estudos que discorrem acerca do cuidado, seus significados e dimensões, relacionados ao ser cuidado e seres cuidadores, os quais contribuem para melhoria da assistência, do cuidado, do ensino, pesquisa e gerenciamento em enfermagem. Em contrapartida, a precarização aliada ao “não cuidado”, principalmente na voz dos pacientes e no relato da enfermagem, parece ser ainda pouco investigados nas pesquisas em enfermagem. Por essas razões, decidimos iniciar esse estudo, fomentando a importância do relato verbal dos enfermeiros, da interação paciente – enfermagem – familiar, e dos significados atribuídos ao interacionismo no ambiente de trabalho. O interesse em desenvolver o tema surgiu no decorrer da disciplina de **Enfermagem na Promoção à Saúde** do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa Associado de Pós graduação em Enfermagem UPE/UEPB, o qual foi extrapolado, posteriormente, para os alunos de graduação e demais membros do grupo de pesquisa. Nestes espaços, realizamos discussões em grupo a respeito do método da fotografia para obtenção de dados em pesquisa, onde evidenciamos a necessidade de se utilizar essa ferramenta criativa para avaliação, reflexão, inspiração e discussão da prática profissional do enfermeiro e o modo de cuidar em seu ambiente de trabalho, visto que encontramos poucos trabalhos que utilizavam essa técnica valiosa na realidade do cuidado a saúde sob a ótica do Enfermeiro. As imagens refletem momentos estancados em um dado momento, sendo verdadeiros cortes inanimados da essência humana, e cujo significado pode assumir vertentes inúmeras na psique humana. Captar este tempo ímpar é algo valioso e digno de exploração por parte do pesquisador. Identificar e desvelar o não dito, através da lente de uma câmara fotográfica, pode determinar fonte de informação valiosa, qualitativa, e com grande apreço científico. O estudo da imagem é fundamental para o entendimento dos múltiplos pontos de vista que os homens constroem a respeito de si mesmos e dos outros, de seus comportamentos, seus pensamentos, seus sentimentos e suas emoções em diferentes experiências de tempo e espaço. Trata-se de tomar a imagem com objeto, procurando compreender o lugar dos ícones como parte constitutiva dos sistemas simbólicos, estendendo a eles as mesmas preocupações teóricas e metodológicas presentes no estudo das representações sociais (ALEGRE, 1998). As imagens dialogam com a realidade e com a representação dessa realidade – as imagens também são observações estéticas e documentais da realidade, carregando significados transparentes de emoção, afetividade e religiosidade. O processo de percepção ao fotografar assemelha-se ao observador na antropologia – perceber o outro, suas

diferenças e registrá-las é a principal tarefa da fotografia (ANDRADE, 2002). Diante do exposto o estudo tem o **objetivo**: Compreender as imagens e os significados expressos, a partir da visão dos enfermeiros, nas situações vivenciadas no processo de cuidar, identificando fenômenos como precarização da assistência de enfermagem, processo de hierarquização no trabalho, ambiente hospitalar, inovações tecnológicas, humanização, etc. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UPE com CAAE: 0119.0.097.000-10, possibilitando o desenvolvimento do estudo. Para a coleta das informações, deste estudo, foi utilizada a fotografia, técnica original e de grande valia, levando em conta a riqueza das informações obtidas. Para cada enfermeiro participante do estudo foi entregue uma câmera fotográfica/digital, onde para realização das fotos teve como referência a seguinte pergunta: *O que você considera importante na sua atuação e no cuidado ao paciente?* A revelação das fotos ocorreu logo após a experiência de cada enfermeiro com a câmera fotográfica e foi associada à entrevista semi-estruturada, com a utilização da técnica de gravação para registro das falas na íntegra, envolvendo dados de caracterização do grupo e questões norteadoras relacionadas às fotografias reveladas e ao foco do estudo, a qual foi a seguinte: *Qual significado da fotografia?* Foi desenvolvido um estudo qualitativo fundamentado na teoria do Interacionismo Simbólico de Blumer (1980). O Interacionismo Simbólico mostra respeito pela natureza da vida e da conduta do grupo humano, estando na vida grupal à condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (BLUMER, 1980); é princípio que o comportamento humano é autodirigido e observável, no sentido simbólico e interacional, permitindo o ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos (HAGUETTE, 1992). A etapa de interpretação dos resultados ainda será desenvolvida. Para tanto, será embasada na análise do material visual e dos depoimentos dos enfermeiros durante a entrevista, a partir da identificação de categorias e subcategorias com base nos estudos de Minayo (1998). Quanto à composição dos sujeitos do estudo foi identificado que dos 16 enfermeiros participantes, apenas um era do sexo masculino. Em relação à faixa etária, foi observado que, esta variou de 29 a 53 anos. Quanto ao tempo de atuação do enfermeiro no serviço, foi evidenciado profissionais com quatro anos até profissionais com longo tempo de permanência, com 30 anos de atuação. Os profissionais expressaram uma afinidade e prazer pela assistência hospitalar, entretanto dois enfermeiros, que apresentavam pouco tempo de atuação profissional expressaram baixo estímulo no desenvolvimento de suas atividades. Em relação à formação continuada dos profissionais foi evidenciado que dez possuíam especialização, três residência, um MBA, um com mestrado e apenas um com graduação. Foi relatado por enfermeiros que possuíam uma formação voltada a área da saúde pública que conseguiam conciliar sua formação com uma assistência integral. No estudo foi utilizado o registro fotográfico para apreender a importância do cuidar para enfermeiros de um hospital público de grande porte. Concomitante com análise da expressão fotográfica os profissionais também puderam expressar o significado da mesma. Do processo de categorização dos discursos dos sujeitos junto às fotografias, emergiram algumas categorias, entre elas Precarização da Assistência de Enfermagem, a apreciação inicial do material apreendido possibilitou verificar um entendimento de uma íntima relação entre o ambiente hospitalar e o cuidado realizado, identificando a necessidade de estratégias de humanização. Foi evidenciada também uma relação do cuidar com uma situação de sobrecarga de profissionais da equipe de enfermagem, como também a valorização do trabalho em equipe e multiprofissional para um cuidar integral. A utilização do Interacionismo Simbólico como abordagem teórico-metodológica, que busca apreender as formas de se relacionar com o mundo e com os fenômenos a ele relacionados, constitui um instrumento norteador para o desvelamento do significado do cuidar pelos enfermeiros.

Palavras-chaves: fotografia, enfermagem, precarização.

TEATRO INTERATIVO: REVIVENDO/RECONSTRUINDO CENÁRIOS NA TERCEIRA IDADE – ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL

Lucas dos Santos Feitosa

Iracema de Jesus Almeida Alves

Douglas Miguel do Prado

Não é necessário ser um estudioso na área de gerontologia, nem mesmo consultar a literatura especializada, para perceber que investigações sobre a velhice têm crescido nos últimos anos. Somos diariamente informados pelos meios de comunicação sobre o envelhecimento da população mundial e de suas importantes repercussões nos campos social, político e econômico. No Brasil, numa estimativa modesta, teremos no ano 2025 uma população de 31,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (VERAS, 1995). Esse novo desenho demográfico deveria suscitar políticas e iniciativas que visassem à melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou estão envelhecendo. O que se vê, entretanto, é uma maioria de pessoas idosas ainda ser condenada ao isolamento social e cultural, pela perda de seus papéis familiares, aposentadoria e ausência de uma política que atenda as suas necessidades. As Universidades e os responsáveis por projetos voltados para essa faixa etária têm um papel fundamental no enfrentamento dessa questão, contribuindo com propostas inovadoras e considerável produção de conhecimento na área. Na Enfermagem, por exemplo, percebemos a importância da prática social enquanto sujeitos críticos, atuantes no processo saúde-doença da sociedade, enquanto comunidade local, ou em maior âmbito, reforçando o papel da universidade. Entender a Enfermagem como uma prática social não significa desprestigiá-la, ao contrário, pode significar a característica de visualizá-la igualmente com as demais profissões que dividem o trabalho de produzir serviços de saúde. Enfermagem como prática social é admitir a possibilidade de levá-la a sair de sua confortável cápsula de assepsia e neutralidade acadêmica, sem interação com a sociedade/comunidade presente, com poucas trocas e poucas problematizações em relação ao presente, sem atitudes críticas e resolutivas dos problemas atuais. Passar a sair das salas de aula e dos ambientes terapêuticos e se ocupar também dos meios de comunicação, se obrigando a negociar, articular, brigar, para se fazer compreender e ser aceita por toda a população (Lima, 2004). No presente estudo, objetivando criar oportunidades para partilha de informação, troca de conhecimentos, e propostas para resolução de problemas sugeridos, mapeamos duas comunidades próximas do Campus Saúde da Universidade de Pernambuco - Santo Amaro e João de Barros – Recife – Pernambuco – Brasil, e iniciamos um projeto de reunir idosos dessas comunidades, promovendo saúde através do teatro interativo aliado à prática social propriamente dita. Para muitos estudiosos, a origem do teatro está relacionada ao momento em que o homem primitivo coloca e tira a máscara em rituais mágicos e religiosos. Quer dizer, no momento em que existe uma consciência de que ocorre uma “simulação”, uma representação de outro ser (PEIXOTO, 1980). Depois, muito mais tarde é que o teatro aparece do jeito que o conhecemos hoje. E, mais

tarde ainda, a arte de representar torna-se uma profissão. Mas a vocação teatral pertence a todos. Boal costuma dizer que todas as pessoas podem fazer teatro, embora só algumas se especializem (BOAL, 1996). Claro que estamos falando do teatro como uma linguagem, como um modo de se expressar. É nesse sentido que situamos o trabalho para desenvolvimento, com a linguagem teatral, no terreno do teatro comunitário, social e educativo. Mais do que ocupar o tempo livre, o que propomos aos idosos é, em um ambiente lúdico, experimentar o prazer do debate, do conhecimento, das artes e do trabalho corporal. Dessa forma, propomos desenvolver estratégias que permitam ultrapassar as dificuldades linguísticas e as diferenças culturais, criando oportunidades para partilha de informação, troca de conhecimentos, e propostas para resolução de problemas sugeridos agindo como uma profissão tal qual tantas outras com quem partilha a responsabilidade de prestar assistência à saúde das pessoas. Como afirma Lima, compreendendo a enfermagem como uma prática social, como uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, porque seu princípio ético é o de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida” (Lima, 2004). A opção por trabalhar com indivíduos idosos se deu pelo fato de que há muito a ser discutido em relação às questões ligadas ao envelhecimento humano, à aprendizagem e aos processos de criação nessa fase da vida. Muitas mudanças ocorreram em relação às formas de conceber o envelhecimento nos últimos anos e dentre elas está a preocupação com a educação permanente das pessoas que envelhecem por parte de instituições de ensino, sejam elas públicas ou privadas, com o intuito de atender essa parcela da população com suas necessidades culturais e em sua busca por novos conhecimentos e atividades.. A moderna reflexão sobre velhice, nascida e elaborada nos países ricos e, posteriormente, estendida às outras nações, está relacionada aos problemas de aposentadoria e envelhecimento demográfico. Ou indo mais além, a gestão das idades e as relações entre gerações, nas sociedades contemporâneas desenvolvidas, foram radicalmente transformadas pelo efeito de vários fatores intimamente ligados: a economia de mercado, a proteção social e o aumento espetacular da duração média de vida (ATTIAS-DONFUT & ROSENMARYR, 1994). Em países como o Brasil, o descompasso ainda é grande. Os números referentes à distribuição de renda entre os idosos revelam dados cruéis. Vivendo com até um salário mínimo mensal, encontram-se 42,8% dos idosos (IBGE) e, mesmo assim, as recentes pesquisas mostram que nas famílias que possuem aposentados 52% da renda familiar é proveniente desses idosos (PEIXOTO, 2004). Numa estimativa modesta, teremos no ano 2025 uma população de 31,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (VERAS, 1995). Esse novo desenho demográfico deveria suscitar políticas e iniciativas que visassem à melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou estão envelhecendo. O que se vê, entretanto, é uma maioria de pessoas idosas ainda ser condenada ao isolamento social e cultural, pela perda de seus papéis familiares, aposentadoria e ausência de uma política que atenda as suas necessidades. Dando mais um enfoque ao método de estudo aplicado aos idosos participantes, o Teatro Interativo permite que sejam representadas situações reais vivenciadas por cada membro do grupo e, principalmente, que soluções possam ser propostas, servindo assim como ferramenta para expor angústias, aflições, perdas, ou ainda lembrar-se das agradáveis tardes da infância. Este método de trabalho permite que os integrantes do grupo identifiquem o problema, encontrem soluções viáveis aos mesmos, e encontrem vias adequadas para contornar o acaso na abordagem dos problemas em debate. É importante ressaltar que o objetivo desta técnica não é dizer qual a solução correta para o problema proposto, mas permitir que o integrante analise sua

realidade, já que esta forma de teatro é um diálogo entre o grupo e o participante e diálogo de acordo com Paulo Freire é “o encontro entre homens, com o propósito de identificar o mundo, tendo o mundo como mediador.” (FREIRE, 1970). O teatro de que estamos falando aqui é uma prática social coletiva, em que a qualidade, os equilíbrios de escuta e a circulação de energias contribuem para a formação dos indivíduos (RYNGAERT, 1991). Um teatro de afetos e de partilhas. Um trabalho com duplo objetivo: uma parte se dirigindo ao teatro, outra à vida (LECOQ, 1997). O processo nas oficinas se dá através da experiência de cada um, mas também através da diversidade, da pluralidade das escolhas do grupo e igualmente da dificuldade de fazer escolhas. Esse estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória, nos moldes da pesquisa-ação, onde o pesquisador interage com os pesquisados, possibilitando um ambiente de reciprocidade, convivência atuante e onde o resultado do estudo beneficia o grupo estudado. É esta forma de pesquisa que vai ao encontro do método de educação defendido por Freire (1999): Se minha opção é libertadora, se a realidade se dá a mim não como algo parado, posto aí, mas na relação dinâmica entre objetividade e subjetividade, não posso reduzir os grupos populares a meros objetos da minha pesquisa. Simplesmente, não posso conhecer a realidade com que participam a não ser com eles como sujeitos também deste conhecimento que, sendo para eles um conhecimento anterior (o que dá ao nível da sua experiência) se torna um novo conhecimento. É nesta perspectiva que o projeto está sendo realizado com a participação dos idosos das comunidades de Santo Amaro e João de Barros, do município de Recife, Pernambuco, Brasil. Usando sempre uma linguagem acessível ao grupo, vislumbrando seus objetivos, de modo a mostrar-lhes a importância de sua participação para o estudo, evidenciando e fortalecendo a informação de que a participação na pesquisa não é obrigatória e que, a qualquer momento, o pesquisado poderá se ausentar do estudo. Solicitando também autorização dos idosos para realizar registro fotográfico, filmagem e gravação de voz, explicando-lhes que estes recursos serão importantes para a análise das produções cênicas e expressões faciais e corporais. As atividades desenvolvidas com o grupo em cada encontro, são realizadas todas as quartas-feiras, no horário das 16:00 às 17:00h. A coleta de dados teve início visto que obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UPE. A descrição e análise dos dados encontra-se em andamento. Diante do exposto, podemos associar o trabalho feito até o presente momento com os pressupostos básicos da enfermagem como prática social. A compreensão dessa prática, historicamente construída, nos permitirá ampliar a nossa visão crítica sobre a organização e implementação do processo educacional, mantendo a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano, estreitando as distâncias entre a academia e os serviços. Esta atitude propiciará o alargamento dos horizontes da enfermagem e todos os seus aspectos, ampliará a possibilidade de aprofundarmos a nossa capacidade de atuação, na medida em que nos sentiremos mais solidários com nossos pares e capazes de reconhecer os mecanismos que nos oprime. Por fim, podemos dizer que o presente trabalho nos faz entender a enfermagem como prática social, considerando-a como um trabalho necessário e com um amplo interesse da sociedade, inserido no processo de trabalho que produz serviços em saúde, exercido pelos pela equipe de enfermagem, cujo produto final é o cuidado de enfermagem ao paciente, diante do seu processo saúde-doença.

Palavras-chave: Enfermagem, Teatro, Prática social.

UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR NO ENSINO COM PORTADORES DE SÍNDROME DE DOWN

Autores: SILVA, J.F.¹; COUTINHO, I. M.²; SILVA, M.T.²

¹Instituto de Ciências Biológicas ICB/UPE, Recife, PE

²Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças FENSG/UPE, Recife, PE

INTRODUÇÃO: A educação escolar é um direito humano o qual todos os alunos sem exceção devem ser inseridos, incluídos e respeitados como orienta a Declaração de Salamanca/Espanha (1994, Conferencia Mundial Sobre Educação Especial, UNESCO) que defende uma sociedade igualitária, independente de quaisquer dificuldades ou diferenças que possam apresentar. O movimento mundial pela inclusão é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à idéia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola. Ao reconhecer que as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino, que evidenciam a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las, a educação inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão. A partir dos referenciais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada, implicando uma mudança estrutural e cultural da escola para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas. A escola historicamente se caracterizou pela visão da educação que delimita a escolarização como privilégio de um grupo, uma exclusão que foi legitimada nas políticas e práticas educacionais reprodutoras da ordem social. A partir do processo de democratização da educação se evidencia o paradoxo inclusão/exclusão, quando os sistemas de ensino universalizam o acesso, mas continuam excluindo indivíduos e grupos considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola. Assim, sob formas distintas, a exclusão tem apresentado características comuns nos processos de segregação e integração que pressupõem a seleção, naturalizando o fracasso escolar. A partir da visão dos direitos humanos e do conceito de

cidadania fundamentado no reconhecimento das diferenças e na participação dos sujeitos, decorre uma identificação dos mecanismos e processos de hierarquização que operam na regulação e produção das desigualdades. Essa problematização explicita os processos normativos de distinção dos alunos em razão de características intelectuais, físicas, culturais, sociais e lingüísticas, entre outras, estruturantes do modelo tradicional de educação escolar. A educação especial se organizou tradicionalmente como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram a criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais. Essa organização, fundamentada no conceito de normalidade/anormalidade, determina formas de atendimento clínico terapêuticos fortemente ancorados nos testes psicométricos que definem, por meio de diagnósticos, as práticas escolares para os alunos com deficiência. Em 1973, é criado no MEC, o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP, responsável pela gerência da educação especial no Brasil, que, sob a égide integracionista, impulsionou ações educacionais voltadas às pessoas com deficiência e às pessoas com superdotação; ainda configuradas por campanhas assistenciais e ações isoladas do Estado. Nesse período, não se efetiva uma política pública de acesso universal à educação, permanecendo a concepção de ‘políticas especiais’ para tratar da temática da educação de alunos com deficiência e, no que se refere aos alunos com superdotação, apesar do acesso ao ensino regular, não é organizado um atendimento especializado que considere as singularidades de aprendizagem desses alunos. O potencial de desenvolvimento da pessoa com síndrome de Down vem se tornando cada vez mais conhecido. A abertura de oportunidades na sociedade e a legislação que garante o direito de inclusão social têm levado diversos segmentos sociais ao envolvimento com essa condição. Embora a inclusão social ainda não seja um fato, é possível notar um maior comprometimento social com esse objetivo. Os currículos escolares, de modo geral, não fornecem subsídios para lidar com essas pessoas estigmatizadas, pois são montados para repassar conhecimentos, de certa forma, padronizados, sem considerar as suas peculiaridades. As necessidades do desenvolvimento físico, cognitivo e sócio-emocional de uma pessoa são diferentes ao longo do tempo e a reciprocidade do meio externo é essencial para que as aquisições intrínsecas de cada momento possam ser obtidas, em conformidade com as diferenças no Mosaico do portador de Down. Os “deficientes” devem ser vistos como seres capazes de desenvolver suas aptidões mentais e habilidades para construir sua própria independência convivendo com o outro. Nesse sentido, a inclusão, que é um processo de âmbito mundial, no Brasil caminha para a prática da transformação articulada no contexto escolar com objetivo de garantir acesso à Educação e permanência de todos na escola. Isso quer dizer que a Escola no Brasil tem a obrigação de aceitar a

matrícula de todos os alunos, quer com deficiência ou não, incluindo-os no processo de ensino-aprendizagem. Um dos grandes problemas que as pessoas com déficit intelectual no país enfrentam envolve a aceitação pelos colegas na sala de aula e, muitas vezes, pelo professor ou equipe escolar, uma vez que vivemos em um país culturalmente despreparado para conviver harmoniosamente no mesmo espaço com os diferentes. A metodologia aplicada à educação inclusiva deve ser desafiadora, levando o aluno a participar do grupo na tentativa de interagir com o desenvolvimento das atividades percebendo que consegue realizar tais tarefas. Deste modo, todos terão oportunidades de aprender, nas palavras de SCHWARTZMAN, a não-adaptação do sistema educativo às transformações sociais cria situações como a do fracasso escolar, que ocorre em todos os níveis de ensino e acarreta desajustes entre os objetivos e a finalidade da educação. Pelo processo de Inclusão ser a nossa capacidade de entender e reconhecer o outro e, assim, ter o privilégio de conviver e compartilhar com pessoas diferentes de nós, trazemos à tona essa temática com o objetivo de conhecer e se aprofundar nesse universo inclusivo, que só trará benefícios e aprimoramentos na vida dos estudantes, sendo todos diferentes, papel esse que cabe à universidade.

OBJETIVO GERAL: Promover estudo e ações sobre questões relativas às diferenças humanas, com ênfase nas pessoas portadoras de Síndrome de Down, ensejando favorecer estudantes da UPE no conhecimento teórico-prático que lhes permita prestar uma adequada integração aos portadores dessa Síndrome dentro da perspectiva de Universidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Implantar ações práticas que favoreçam profissionais e estudantes a se direcionar para uma integração qualificada aos portadores de Down. Organizar sessões de estudos e pesquisas sobre as necessidades dos portadores de Síndrome de Down, enfocando princípios teóricos, ética profissional, técnicas de ensino e aprendizagem, entre outros; Avaliar a aceitação da integração de um aluno portador de Síndrome de Down dentro da universidade por parte dos alunos e professores;

MATERIAIS E MÉTODOS: A abordagem metodológica utilizada foi um estudo qualitativo a partir de discussões sobre experiências vivenciadas por portadores de Síndrome de Down e familiares, e suas dificuldades encontradas para ingressar no ensino superior. A temática está sendo abordada, discutida e avaliada através de palestras dialogadas e orientadas nas perspectivas do portador Down, seminários, discussão de casos e depoimentos de convidados. Os materiais (permanente e de consumo) necessários e utilizados pelo grupo são basicamente: câmera digital, gravador de som, materiais de escritório. O projeto foi desenvolvido em um espaço de 06 (seis) meses, com realização de encontros semanais dos participantes, numa duração média de uma hora e meia por sessão.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS: A partir do estudo realizado observou-se uma procura constante por parte dos estudantes para discutir sobre a possibilidade da implantação de

projetos para adaptação dos nossos currículos, de modo que estes pudessem atender as necessidades do portador de Down, no intuito de adquirir capacitação e conhecimento para superar os entraves e dificuldades de comunicação, e integração às práticas correntes nas necessidades do portador de Down. A discussão é complexa e desafiadora, mas devido aos estudos realizados, pudemos observar que existem várias peculiaridades sobre os níveis de Down, e que boa parte deles pode sim ingressar na Universidade, no entanto, entrando no princípio da Equidade, temos que considerar as individualidades do sujeito, e a partir daí traçar metas para que estes possam ter um acesso, sem discriminação e preconceito, ao ensino superior. **CONCLUSÃO:** A crescente valorização do conceito de inclusão em ações sociais amplas mostra a importância do preparo de profissionais para a atenção integral dessa população, quebrando barreiras que os preconceitos exigem. Para atuar na educação especial, o professor deve ter como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área. Essa formação possibilita a sua atuação no atendimento educacional especializado e deve aprofundar o caráter interativo e interdisciplinar da atuação nas salas, nos centros de atendimento educacional especializado, nos núcleos de acessibilidade das instituições de educação superior, nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares, para a oferta dos serviços e recursos de educação especial. Esta formação deve contemplar conhecimentos de gestão de sistema educacional inclusivo, tendo em vista o desenvolvimento de projetos em parceria com outras áreas, visando à acessibilidade arquitetônica, os atendimentos de saúde, a promoção de ações de assistência social, trabalho e justiça. Esta é uma proposta inovadora, de trabalhar com o portador de Síndrome de Down no contexto da graduação nos vários campos da área de Saúde, principalmente, na UPE, podendo vir a ser extrapolada para outros campos do saber e outras universidades. **PALAVRAS CHAVE:** Síndrome de Down, Inclusão, Educação Especial.

VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DE SAÚDE PÚBLICA: Revendo a Literatura

Alana Franco da Silva¹

Josefa Danielma Lopes Ferreira²

Introdução: O sistema de saúde se confronta diariamente com questões que envolvem a violência. Sejam elas ocorridas fora ou dentro dos hospitais, os profissionais da saúde devem estar preparados para lidar com esse tipo de problemática de forma ética, passando ao paciente confiança e segurança e tornar de fácil acessibilidade o atendimento multidisciplinar que vítimas de violência precisam para a manutenção da sua saúde. Entretanto, pode-se perceber a falta de preparo e a negligência destes casos nos postos de saúde, pois muitas vezes são tomadas decisões antecipadas que podem comprometer a qualidade do atendimento, a atuação dos profissionais da saúde ou mesmo o direito do paciente á calar-se ou a manter sigilo. Além de que, os profissionais da saúde não são isentos de sofrer ou mesmo cometer violência, fato que os limita á oferecer um tratamento para manutenção da moral e da estima do paciente. Diante disto, observa-se o quão vasto é o campo da pesquisa no que diz respeito á um estudo a cerca da violência na saúde publica. Por conta disto, há áreas não muito abordadas, que deixam a desejar na contribuição para a literatura e consequentemente no campo da prática. Essa revisão de literatura tem por objetivo, coletar publicações a cerca do assunto violência relacionado à saúde publica observar e trazer à tona, a importância da Enfermagem na dissolução dessa problemática para que dessa forma possa contribuir no despertar dos profissionais da saúde para essas áreas, bem como fornecer á literatura informações que retratem tais necessidades.

Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no período de outubro de 2008 a fevereiro de 2009, a cerca do assunto “violência e saúde publica”. Buscaram-se artigos publicados entre os anos de 1998 a 2008 na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e no endereço eletrônico <http://www.google.com.br>, por meio dos descritores: violência na saúde, maus-tratos e agressão. As publicações selecionadas foram submetidas á análise de conteúdo, onde se procedeu a leitura superficial, recorte dos textos de interesse e, em seguida, categorização temática. Dessa análise, emergiram as categorias: violência contra a mulher, violência contra á criança e o adolescente, violência contra o idoso e violência ocupacional, no que diz respeito aos profissionais da área da saúde.

Discussão dos Resultados: Violência é o uso da força física ou do poder contra outra pessoa, contra um grupo de pessoas ou comunidade que pode resultar em lesão, dano psicológico, morte, alterações do desenvolvimento ou de privação. O Instituto Antônio Houaiss acrescenta na

definição, intimidação moral, ato violento e crueldade. A violência pode ser classificada segundo os danos causados à vítima: (1) Violência Física, que causa danos a integridade física da vítima; (2) Violência Moral, que é a ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da vítima; (3) Violência Psicológica, que é a ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique em prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal; (4) Violência Sexual, que é a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. De acordo com o perfil das vítimas, pode ser classificada como: (1) Violência de gênero, que fundamenta-se nas relações desequilibradas de poder entre homens e mulheres, onde a mulher geralmente encontra-se em situação de subordinação. (2) Violência contra a criança e o adolescente, onde as vítimas são infligidas quase sempre pelos pais ou responsáveis através de violência física, sexual psicológica, abandono intencional, negligência ou maus-tratos. (3) Violência contra o idoso, onde as vítimas sofrem desde agressão, abandono por familiares, baixa qualidade de vida em instituições especializadas até a privação dos seus direitos. (4) Violência contra o trabalhador, que se origina, segundo a Organização Internacional do Trabalho, obedecendo a uma combinação de causas relacionadas às pessoas, ao ambiente, às condições de trabalho e à interação entre os trabalhadores e seus empregadores. Classifica-se também, segundo o local onde ocorreu a violência: (1) Violência Urbana, ocorre em locais públicos, nas dependências do Sistema de Segurança Pública. (2) Violência Estrutural, que em geral acomete populações de classes mais baixa devido à desigual concentração de rendimentos por conta do Estado. (3) Violência Doméstica, é praticada no ambiente familiar, dentro de casa, usualmente entre parentes. (4) Violência Ocupacional, ocorre no local de trabalho vitimizando os profissionais. As causas para tais práticas podem ser explicadas pelas condições subumanas em que alguns grupos de pessoas vivem a falta de emprego, a marginalização e a desigualdade social. Desvios comportamentais gerados principalmente quando o agressor já passou pelo papel de vítima, crescendo em um lar onde a violência era constante, são frequentes nas análises do perfil do agressor, confirmando que, embora nas populações mais carentes encontremos uma maior concentração de casos de violência, ela está presente em todas as classes sociais. Considerando a violência um problema de saúde pública, o artigo 13º do Estatuto da Criança e do Adolescente destaca como papel dos profissionais de saúde a notificação dos casos de violência, sob suspeita ou confirmados, levando ao conhecimento do Conselho Tutelar, obrigatoriamente. Cada área profissional da saúde possui um código de ética que estabiliza normas e princípios que norteiam a tomada de decisões e a conduta do profissional em exercício. Logo, fica especificado a necessidade de notificar as situações de violência a quem for competente. Deve-se presar pelo bem-estar das vítimas e acima de tudo, atender de forma que não haja nenhum constrangimento tanto na relação paciente-profissional quanto vítima-agressor. A notificação deve ser feita e o sigilo profissional mantido. Embora a violência seja um grande problema na saúde, poucos são os profissionais que optam pela área de causas externas, (classificação da violência segundo International Statistical Classification of Disease and related Health Problems – ICD), deixando o atendimento escasso e vulnerável, pois segundo Leal e Lopes, o despreparo para lidar com o paciente vítima de violência e a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio

psicológico e capacitação dos enfermeiros para lidar com tal situação são as principais dificuldades que os profissionais da saúde enfrentam. Através da análise desses fatores, percebe-se que a violência tem presença maciça no âmbito da saúde pública. As vítimas de agressão não informam a violência por medo do agressor, vergonha social, dependência econômica, impunidade e carência de serviços especializados. Tais práticas, que se diversificam entre, abuso moral, intimidações, discriminação, assédio sexual e roubo, levam os profissionais à tristeza, raiva, irritação, estresse, ansiedade, humilhação, vergonha e medo de ser agredido novamente. **Considerações Finais:** A violência já rompeu as barreiras das guerras, do tráfico e das grandes capitais. Hoje vemos a invasão massiva dessa epidemia na Saúde Pública. Um dos fatores que pode explicar tal presença é a criação de Unidades Básicas de Saúde e o Programa Saúde da Família, que facilitou tanto o acesso dos profissionais a uma maior vivência na comunidade, quanto esta a melhores condições de atendimento. Porém estão os profissionais da saúde preparados para lidar com esse tipo de problemática? Esse é um questionamento que deve perpassar por toda a formação e a vida profissional dos enfermeiros. Quando falamos de prática social da enfermagem, isso inclui sair de nossos jalecos assépticos e nos debruçar sobre as mazelas da sociedade. E é baseado nessa prática profissional que a formação do enfermeiro deveria se pautar.

Palavras-Chave: Violência; Saúde Pública; Enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, 1941. **DECRETO-LEI Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941.** Lei das Contravenções Penais. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, 1990. **Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, 2003. **LEI Nº 10.741/03 de 1º de outubro de 2003.** Estatuto do Idoso. Brasília: Senado Federal.

BRAZ ; CARDOSO, Em contato com a violência - os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP v. 8 n.1., 2000.

D'OLIVEIRA, A.F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em Hospital Geral de São Paulo – SP, **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.45 n. 2, 2008.

GOMES, A.M.A et al. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **Revista saúde e sociedade**, São Paulo v. 17, n. 1., 2008.

LEAL; LOPES. A violência como objeto da assistência: o olhar da enfermagem. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005.

MONTEIRO, C.F.S et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.61, n.4, 2008.

OIT. **Anuário de estatística no trabalho**. Brasília, 2007

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Cap.1 Pág.5. Genebra, 2002.

SALIBA O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica, **Revista de saúde Pública**, São Paulo V. 41, n.3., 2007.

DESLANDES, S. F. Atenção á Criança e Adolescente vítimas de violência doméstica: Análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol 10 n. 1. Rio de Janeiro, 1994.

HOUAISS, I. A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Editora Objetiva. Rio de Janeiro, 2001.

VULNERABILIDADE DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO AO HIV/AIDS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Rúbia Vieira da Luz¹⁴

Thamirys Freitas Nolasco²

Larissa Silva de Abreu Rodrigues³

INTRODUÇÃO: As profissionais do sexo vivenciam um contexto social de preconceito e de exclusão muito extenso por parte de diversos segmentos da sociedade, inclusive, inúmeras vezes são associadas à transmissão de doenças (AQUINO *et al*, 2008), essa idéia pode portanto acarretar sérios problemas sociais para essas mulheres, uma vez que, a sociedade atual ainda apresenta relações de gênero distorcidas. Isso foi o que ocorreu no início dos anos 80, nos quais a susceptibilidade das pessoas à AIDS foi relacionada, pela comunidade científica e pela mídia, aos grupos considerados de risco, homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Tal fato acarretou um maior preconceito por parte da sociedade em relação a esses grupos e contribuiu para a invisibilidade dos demais grupos sociais na capacidade de adquirir à AIDS como heterossexuais, mulheres, adolescentes e idosos (as). A partir da década de 90, estudos vem mostrando um novo perfil da epidemia com um notório acometimento da população feminina, heterossexual, interiorana e com poucas condições econômicas. No intuito de compreender e conter a epidemia do HIV/AIDS, Ayres (1999) propôs a utilização do conceito de vulnerabilidade com dimensões de determinação intercomplementares: individual, programática (políticas públicas) e social. Buchalla e Paiva (2002) também afirmam que a vulnerabilidade de um grupo a infecção pelo HIV e ao adoecimento está diretamente relacionada às características ligadas aos contextos político, econômico e socioculturais, que poderão vir a aumentar ou diminuir o risco individual, para além das dimensões sociais (vulnerabilidade social). É também um desafio longo e constante, uma vez que há uma necessidade de se melhorar significativamente os programas de prevenção e assistência, criando espaços para que dessa maneira haja o diálogo e a compreensão dos obstáculos mais estruturais da prevenção, sobre as formas de acessibilidade, bem como as variadas experiências já realizadas com os meios preventivos disponíveis, (vulnerabilidade programática), para que no âmbito das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento, melhorando concomitantemente a qualidade de vida dessa parcela da população. Dessa forma, é possível compreender o que seja a vulnerabilidade, tornando notável a necessidade da elaboração de programas que visem alcançar as diversas condições vividas pelos indivíduos envolvidos neste processo. Segundo estimativas da UNAIDS, atualmente, as mulheres representam 50% do quantitativo de pessoas infectadas pelo vírus HIV no mundo (Brasil, 2011), se comparada esta proporção àquela do início da epidemia percebe-se um

¹⁴ Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem – UNEB/CAMPUS XII.(rubiavluz@hotmail.com)

² Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem – UNEB/CAMPUS XII.(thamy_inha@hotmail.com)

³ Mestre em Enfermagem pela UFBA. Especialista em Cuidado Pré-natal pela UNIFESP. Especialista em Saúde Pública pela FACINTER/IBPEX. Professora de Enfermagem da UNEB/CAMPUS XII. (larissagbi@hotmail.com)

excessivo aumento, já que nesta época chegou a ser registrada uma proporção de 25 casos em homens para apenas 1 em mulheres (Rodrigues e Castilho, 2003). Faz-se necessário então, que as mulheres estejam cientes dessa realidade e passem a se enxergar dentro dessa conjuntura para a partir daí, adquirir o hábito da prevenção. Se analisados esses dados na perspectiva da vulnerabilidade, nota-se que, vários aspectos interferem no grau de vulnerabilidade da mulher à AIDS, dentre eles, destacam-se: relações de gênero, fatores econômicos e nível de escolaridade, pois na maioria das vezes as mulheres encontram-se relegadas a função de objetos da relação, e desta forma, silenciam seus direitos de utilizar preservativos, o que acarreta riscos a sua saúde, além disso, a conjectura da fidelidade e estabilidade nos relacionamentos tem relevância nessa perspectiva, uma vez que, diante de uma sociedade moralista as pessoas veem-se obrigadas a satisfazer os requisitos impostos para ser acolhida nesta sociedade (Amaro, 2005). A Organização das Nações Unidas (ONU) define e considera a prostituição como o "processo em que as pessoas mediante remuneração, de maneira habitual, sob quaisquer formas, entregam-se às relações sexuais, normais ou anormais com pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto, durante todo o tempo". Completa a definição dizendo que o ato sexual comercial, a prostituição em si, é como qualquer ato sexual, em que algo de valor seja dado ou recebido por alguém (Andrade, 2003). Em se tratando das mulheres profissionais do sexo, essas condições sociais, individuais e programáticas tornam-se acentuadas, porque tal parcela torna-se invisível diante das demandas da saúde, especialmente nos setores primários de atenção – locais onde deveriam ter acesso aos serviços básicos de educação em saúde e principalmente assistenciais - tornando claro o grande estigma social que este grupo ainda sofre. Daí surgem as demandas por capacitação dos profissionais atuantes nesse setor, pois, para que tal grupo tenha acesso a atenção integral e necessária, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham a capacidade de notar suas reais necessidades para que dessa forma, a partir deste ponto, se possa desenvolver ações eficazes de prevenção e educação em saúde, e que estas sejam isentas de qualquer tipo de preconceitos. Além disso, é de responsabilidade desses profissionais que não aconteça nos serviços de saúde a discriminação positiva na qual uma parcela social é beneficiada em detrimento de outra, ou seja, os responsáveis pela saúde devem promover ações de inclusão dessas profissionais dentro da sociedade e não estabelecer condutas que privilegiem essas mulheres pelo fato delas exercerem tais atividades caracterizando-se assim, uma forma de barganha para mascarar o preconceito sofrido historicamente por essas mulheres (Aquino *et al*, 2010). Este estudo objetivou analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a vulnerabilidade das profissionais do sexo ao HIV/AIDS. **METODOLOGIA:** A investigação realizada pautou-se no referencial metodológico da revisão bibliográfica integrativa. Procedeu-se na busca dos artigos nas seguintes bases de dados *online*: periódico CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A localização dos artigos ocorreu mediante a utilização individual e/ou combinada dos descritores: vulnerabilidade em saúde, AIDS, prostituição, profissionais do sexo e comportamento sexual. Ao total foram encontrados 47 artigos. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos mesmos, para que assim, fossem selecionados os de maior valia. A partir dessa leitura, foram identificados também os artigos que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos: pertinência à temática e disponibilidade de texto completo em português *online*, destes apenas 12 atenderam completamente aos critérios de inclusão. A seguir, realizou-se fichamento dos artigos a fim de comparar as discussões presentes nos distintos estudos sobre a temática investigada, dessa forma pode-se unir idéias semelhantes o que acarretou numa melhor discussão. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Após as análises, os estudos encontrados na literatura apontam para características similares no que se refere ao comportamento das prostitutas com relação às parcerias fixas, nas quais, elas se envolvem buscando a afetuosidade e estabilidade em um relacionamento. Nestas relações as profissionais quase sempre abrem mão do uso do condom, sendo mínima a parcela em que foram encontrados dados relativos a práticas consistentes de uso de preservativos com os parceiros fixos. Esses fatos relacionam-se com as definições de vulnerabilidade social e individual

respectivamente. No âmbito da vulnerabilidade social, deve-se considerar as condições socioculturais em que estas mulheres estão inseridas, visto que, o fato de muitas delas não terem tido acesso aos serviços educacionais pode se tornar um fator alarmante de agravo no que concerne às atividades desenvolvidas nas suas próprias práticas, bem como delimita muito o leque de opções para que estas mulheres sejam inseridas na sociedade de forma igualitária e em outros campos de atuação. Ressalta-se aqui, os achados relativos ao constante uso de drogas lícitas e ilícitas, que podem torná-las mais susceptíveis, devido a perda do controle sobre seus atos, dificultando a negociação do uso do preservativo e possibilitando assim, uma maior incidência da prática sexual desprotegida, o que aumenta o grau de vulnerabilidade individual. Há que se salientar, o autoconceito que essas mulheres possuem, pois, por medo do preconceito e discriminação, que possivelmente elas venham a sofrer por parte da sociedade, levam as profissionais do sexo a se isolarem e se excluírem do convívio em diversos locais da sociedade, e assim, acabam perdendo seu espaço enquanto categoria na efetivação de seus direitos. Outro fator de extrema relevância é a urgência no desenvolvimento de ações voltadas ao atendimento integral desse público uma vez que, estas se constituirão como uma base sólida no que se refere a uma busca da melhoria das condições de vida e saúde dessas mulheres. Cabe salientar ainda, o papel indispensável dos profissionais de saúde, que devem nesse contexto produzir um meio para a criação e efetivação de políticas públicas voltadas para essas mulheres, já que esses devem possuir grande sensibilidade para dar a devida atenção às peculiaridades desse público diminuindo dessa forma, a vulnerabilidade programática a que ele está exposto, reafirmando também, o papel dessas mulheres como cidadãs, capazes de usufruir dos seus direitos civis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A análise da vulnerabilidade de profissionais do sexo ao HIV/AIDS faz-se de suma importância, pois, este é um grupo marginalizado pela sociedade, o qual necessita de cuidados específicos às suas condições de vida. Nesse contexto, tornam-se necessárias à criação e implementação de políticas públicas que abarquem a capacitação de profissionais de saúde envolvidos nesse processo e a realização de campanhas de prevenção para este público e para a sociedade em geral, o que contribuirá, conseqüentemente para a diminuição do preconceito e da discriminação, além disso procurar uma iniciativa para promover a sensibilização dessas mulheres com vistas a participação mais efetiva dentro dos programas de educação em saúde que levarão à prevenção e à promoção da saúde.

DESCRITORES: AIDS; Vulnerabilidade em saúde; Comportamento sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARO, S. T. A. A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saúde e Sociedade 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200010 Data de acesso: 05 de maio de 2011.

ANDRADE, I. Prostituição e exploração: comercialização de sexo jovem. 2003. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/reportagens/view.htm?a=45> Data de acesso 27 de fevereiro de 2009.

AQUINO, P. S.; NICOLAU A. I. O.; MOURA E. R. F. PINHEIRO, A. K. B. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de Prostitutas de Fortaleza – CE. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a03v17n3.pdf . Data de acesso: 05 de maio de 2011.

AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. Enfermagem em foco, D F, 2010.

BRASIL, M. S. DST e AIDS entre mulheres. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2011. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=dst-e-aids-entre-mulheres>. Data de acesso: 01 de maio de 2011.

RODRIGUES A. L. J.; CASTILHO E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2003. Disponível em: A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal Data de acesso: 01 de maio de 2011.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V.. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. Revista de saúde publica. São Paulo, agosto de 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11171.pdf> Data de acesso: 10 de abril de 2011.

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
João Pessoa - Paraíba
24 à 31 de julho de 2011

34° ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

João Pessoa - Paraíba
24 à 31 de julho de 2011

FIM