



DESCRITORES: Ensino. Assistência à Saúde. Instituições Acadêmicas. Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Mitre S.M, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup 2): 2133-2144, 2008.
2. Paiva M.R.F et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. *Sanare, Sobral*. 2016; Jun./Dez., 15(02):145-153.
3. Lima VV. Constructivist spiral: an active learning methodology. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):421-34.

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem

AUTORES:

- ¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis, Rondonópolis/MT. E-mail: nirlandeenf@gmail.com
- ² Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Compus Universitário de Rondonópolis, Rondonópolis/MT.
- ³ Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Gestão Hospitalar para o SUS da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Cuiabá, Cuiabá/MT.
- ⁴ Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis, Rondonópolis/MT.
- ⁵ Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Universitário de Rondonópolis, Rondonópolis/MT.
- ⁶ Enfermeiro. Mestre. Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis, Rondonópolis/MT.



RISCO DE QUEDAS NA TERCEIRA IDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO TRANSPORTE PÚBLICO

Regiane Novais da Silva Reis¹

Bruna Estevão Araújo¹

Elizabeth Cristinny de Almeida²

Valéria Cristina Menezes Berrêdo³

Michele Salles da Silva⁴

INTRODUÇÃO: O processo de envelhecimento populacional está provocando alterações na maneira de se abordar o cuidado com a saúde das pessoas na velhice¹. O equilíbrio e a marcha são capacidades associadas diretamente à ocorrência de quedas em idosos². **OBJETIVO:** Apresentar uma vivência relacionada aos riscos de queda para um grupo de idosos na terceira idade, que utilizam transporte público, através da realização de uma palestra informativa/educativa. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência no qual através do projeto de extensão são realizadas palestras e atividades de educação em saúde, para um grupo de idosos no Núcleo de Estudos e Atividades da Terceira Idade (NEATI) da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Rondonópolis (UFMT/CUR). Esse projeto de extensão é desenvolvido por discentes e docentes do curso de graduação em Enfermagem. Um dos temas abordados foi “Risco de quedas na terceira idade e suas consequências no transporte público” em que foi desenvolvido palestra, logo em seguida foi aberta uma roda de conversa, propiciando à comunidade idosa, discutir sobre a temática. **RESULTADOS/ DISCUSSÃO:** Durante a palestra foram destacadas as causas e consequências das quedas entre os idosos, abordando a discriminação no transporte público enfocando o respeito e a dignidade durante a viagem. Foram levantados vários questionamentos: a alta velocidade dos ônibus pode levar ao desequilíbrio do idoso e conseqüentemente a queda, a “infantilização” na comunicação, menosprezando a capacidade de compreensão do idoso e a falta de preparação dos motoristas no atendimento ao público da terceira idade. A maioria dos idosos relataram ter medo de cair ao subir e descer do ônibus, o que pode ocasionar menos confiança na capacidade de caminhar e de executar as atividades da vida diária (AVD), favorecendo o surgimento do isolamento social e perda da qualidade de vida. Os idosos demonstraram interesse pela atividade, se envolvendo e apresentado suas experiências no transporte público. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atividade realizada possibilitou reforçar os riscos e as consequências das quedas para o grupo de idosos no transporte público. Foi possível perceber que existem várias discussões sobre as condições de vida relacionadas ao tema da palestra. Isso evidência a necessidade de educação em saúde sobre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e as necessidades dos idosos para os motoristas de ônibus, a fim de permitir um conhecimento mais amplo sobre os riscos e consequências de quedas na terceira idade, estimulando a promoção nas atividades da vida diária (AVD) e bem-estar social.

DESCRITORES: Acidentes por Quedas. Idosos. Educação em Saúde.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS

- ¹ Souza LHR et al. Queda em idosos e fatores de risco associados. *Antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde*. 2017; 15(54); 55-60.
- ² Chagas DL et al. Relação entre o equilíbrio corporal e o risco de quedas em idosos de um projeto social de Fortaleza-CE. *RBPFEEX*. 2018; 12(76); 547-555.

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem

AUTORES:

- ¹ Acadêmica do sétimo semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso Campus Rondonópolis, Rondonópolis, MT regiane.novaisreis@gmail.com
- ² Acadêmica do nono semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso Campus Rondonópolis, Rondonópolis, MT.
- ³ Enfermeira, Doutora, Docente no curso de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso Campus Rondonópolis, Rondonópolis, MT.
- ⁴ Enfermeira, Doutora, Docente no curso de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso Campus Rondonópolis, Rondonópolis, MT.



SAÚDE NA ESCOLA: VISÕES E PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM

Lina Rita Milhomen Baab¹
Pedro Felipe de Melo Klauss²
Etiene San Pedro³
Ana Keila dos Santos⁴
Cauê Felipe Pimentel⁵
Luana da Silva Oliveira Borges⁶

INTRODUÇÃO: As instituições de educação infantil constituem um dos principais ambientes comunicativos das crianças e um local privilegiado para a atuação da enfermagem. A promoção da saúde é uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as crianças nas primeiras fases de seu desenvolvimento tanto físico, quanto intelectual. Assumir o paradigma da saúde e sua promoção implica em buscar outras estratégias para as quais possibilitem aos sujeitos identificar e analisar os determinantes de suas condições de vida e saúde e que ofereçam alternativas para controlá-las melhorando e transformando a sua realidade¹. **OBJETIVO:** O objetivo do trabalho foi o levantamento de estudos que abordassem a temática de promoção e implementação de ações educativas com ênfase na saúde da criança, por meio de doação de materiais e brinquedos pedagógicos, palestras educativas, que visam despertar o interesse da criança em atividades educativas, contribuindo com o seu desenvolvimento. **METODOLOGIA:** Adotou-se a pesquisa bibliográfica, seguindo uma abordagem de natureza descritiva através de levantamento de dados em artigos científicos, capítulos de livros e sites especializados, aproximando com o universo do objeto de estudo, que oferece informações e orienta a formulação das hipóteses da pesquisa. **RESULTADOS:** Escolas promotoras de saúde têm como objetivo a formação de adultos saudáveis habilitados a fazer pleno uso de seus potenciais. De acordo com esta concepção os programas de saúde desenvolvidos nas escolas têm fundamental importância, pois incentivam a aquisição de estilos de vida saudáveis. O aluno, muitas vezes, retrata nos seus hábitos e costumes a realidade na qual está inserido, na família, na comunidade. A escola é o lugar por excelência onde essa realidade deverá ser questionada e refletida, e as ações de saúde, quando associadas a práticas pedagógicas, podem ser o ponto de partida para esse processo². **DISCUSSÃO:** Apesar de as escolas não se sentirem responsáveis pela prática da saúde em seus ambientes, é inegável o seu papel em temas ligados à saúde por ser cenário propício para lidar com as questões que envolvem especialmente os alunos, inclusive em seu ambiente familiar e comunitário. Faz-se necessária uma reflexão sobre aspectos da segurança alimentar, nutricional e saúde bucal e ainda há poucos trabalhos na produção científica nacional. **CONCLUSÃO:** Saúde e educação são constantemente evocadas quando a questão gira em torno das condições de vida. A interação entre elas, independentemente de onde ocorre escola ou serviço de saúde constitui um caminho importante para a conquista da qualidade de vida. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O Programa Saúde na escola embora não represente ainda um modelo de Escola Promotora de Saúde vem se aprimorando a cada dia. Trata-se de uma iniciativa inovadora e inédita com grande impacto social. Muito ainda deve ser feito para que as ações educativas em saúde superem as atividades assistenciais permitindo assim que alunos adotem comportamentos e estilos de vida saudáveis.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde na Escola. Qualidade de Vida.



REFERENCIAS

- ¹Abreu JV. Guedine CRC. Moreira PVL. & Lins TS. Educação em saúde: relato de experiência com pré-escolares. Nutrire [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 21]; 38: 38-45
- ²Lima VVC. Fernandes CA. de Oliveira Demitto M. Bercini LO. Scochi MJ. & Marcon SS. (2012). Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. Cog. Enfer, 17.

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem

AUTORES:

- ¹Acadêmica do 9º semestre do curso de enfermagem da UNIC Rondonópolis, MT. E-mail: lina.kaoara@hotmail.com
- ²Acadêmico do 10º semestre do curso de enfermagem da UNIC Rondonópolis, MT.
- ³Acadêmica do 10º semestre do curso de enfermagem da UNIC Rondonópolis, MT.
- ⁴Docente do curso de Enfermagem da UNIC. Rondonópolis, MT.
- ⁵Enfermeiro. Mestrando em Gestão e Tecnologia Ambiental – UFMT. Docente do curso de Enfermagem da UNIC. Rondonópolis, MT.
- ⁶Docente do curso de Enfermagem da UNIC. Rondonópolis, MT.



TRANSTORNO DEPRESSIVO: PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL DE IDOSOS

Hozana Soares dos Santos¹
Elane Cristina Viana da Silva²
Maria Eduarda Anjos de Oliveira²
Valéria Cristina Menezes Berrêdo³
Carla Regina de Almeida Corrêa⁴

INTRODUÇÃO: A depressão é um transtorno mental que compreende um conjunto de sintomas que causam importantes prejuízos sociais e pessoais, e que podem desencadear-se em qualquer faixa etária, gerando importantes transformações na vida social e na expectativa de vida¹. Apesar de ser um transtorno mental cada vez mais frequente, ainda há lacunas no entendimento da população em geral sobre os fatores protetores, as causas, os sintomas e as formas de tratamento, constituindo dificuldades na assistência e apoio às pessoas com esse diagnóstico e à sua família. **OBJETIVO:** Apresentar a importância, a magnitude, os sintomas e os fatores de proteção e tratamento em relação ao transtorno depressivo a um grupo de idosos, por meio da estratégia de educação em saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência das atividades do projeto de extensão “Qualidade de vida na terceira idade”, em que a educação em saúde sobre o tema ocorreu em duas etapas, no Núcleo de Estudos e Atividades da Terceira Idade – NEATI da Universidade Federal de Mato Grosso. A educação em saúde deu-se em duas etapas, em 2019, por alunas de enfermagem sob a orientação, planejamento e supervisão de docentes do referido projeto. Após as informações serem dadas de forma dialogada, em dois encontros, houve uma roda de conversa, uma das principais técnicas da pedagogia Freinet². Esta ocorreu de forma interativa entre discentes, professores e os idosos, usuários do NEATI, sendo tiradas dúvidas, com espaço para que os idosos pudessem compartilhar seus conhecimentos e experiências sobre o assunto. O desempenho da ação foi analisado mediante o interesse dos idosos em participar do processo educativo de construção de conhecimentos sobre depressão. **RESULTADOS:** Com os relatos dos idosos, ocorridos após as explicações sobre transtorno depressivo, inferiu-se que estes tiraram suas dúvidas e construíram seus conhecimentos sobre o assunto, aumentando a autonomia para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida (QV). Demonstraram compreensão reflexiva e crítica ao fazerem perguntas e ao darem exemplos e depoimentos pessoais sobre os sintomas de depressão, sobre os fatores de proteção e sobre a importância de buscarem tratamento, se necessário, tanto para si quanto para seus familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Após as etapas de educação em saúde e com a finalização do tema na roda de conversa, houve um maior entendimento por parte dos idosos sobre depressão. Assim, é muito importante a compreensão destes sobre as formas de proteção, identificação de sintomas e tratamento de depressão, pois o conhecimento sobre esse tema pode fazer toda a diferença na autonomia dos sujeitos, bem como para uma precoce intervenção. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Esse tema é de grande relevância nos dias atuais haja vista que, a depender da gravidade dos sintomas depressivos, estes afetam diversos aspectos da QV das pessoas. Desta forma é de suma importância a educação em saúde, uma prática inerente ao trabalho da/o enfermeira/o, em que o compartilhamento de informações com a sociedade em geral, possibilita a identificação precoce desse transtorno por parte do público-alvo, bem como intervenções mais eficazes que favoreçam a QV dos indivíduos.

DESCRITORES: Idosos. Educação em Saúde. Depressão.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS

1. Ferreira VRTF. Perfil dos artigos sobre depressão em periódicos brasileiros. Revista de Psicologia da IMED. 2011; 1(23):476-486.
2. Beck C. Aprender fazendo: learning by doing. Andragogia Brasil. 2017. Disponível em: <https://andragogiabrasil.com.br/aprender-fazendo/>

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem

AUTORES:

- ¹ Acadêmica do terceiro semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Campus Universitário de Rondonópolis. E-mail: hozanaeugenio@gmail.com
- ² Acadêmica do terceiro semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Campus Universitário de Rondonópolis.
- ³ Enfermeira e Psicóloga. Doutora em Recursos Naturais. Docente do curso de Enfermagem da UFMT/CUR.
- ⁴ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente Curso de Enfermagem da UFMT/CUR.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE MATO GROSSO

Renata Aparecida Faria de Araújo¹
Raquel Aparecida Rodrigues Nicácio¹
Fernanda Rocha dos Anjos¹
Graziele Ferreira Pinto¹
Débora Aparecida da Silva Santos²
Letícia Silveira Goulart²

INTRODUÇÃO: Segundo Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos o Brasil é o país que detém a maior parcela da biodiversidade, em torno de 15 a 20% do total mundial, com destaque para as plantas superiores, nas quais detém aproximadamente 24% da biodiversidade. Entre os elementos que compõem a biodiversidade, as plantas são a matéria-prima para a fabricação de fitoterápicos e outros medicamentos, as plantas são também utilizadas em práticas populares e tradicionais como remédios caseiros e comunitários, processo conhecido como medicina tradicional. **OBJETIVO:** Determinar a prevalência e os fatores associados ao uso de plantas medicinais no Município de Rondonópolis, MT. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e de base populacional. Participaram da pesquisa 370 indivíduos. Os dados foram coletados através de visitas domiciliares, no período entre janeiro a abril de 2018, por meio de um questionário semiestruturado e pré-testado com questões referentes a características sociodemográficas, condição de saúde e uso de plantas medicinais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMT/Rondonópolis n. 2.354.295. **RESULTADOS:** A prevalência de uso de plantas medicinais na população estudada foi de 42,70% (n=158), sendo associada a idosos (RP=1,41; IC95% 1,07-1,85), sexo masculino (RP= 0,67; IC95% 0,48-0,94) e diagnóstico de doença crônica (RP= 1,36; IC95% 1,03-1,79). Nesta pesquisa, foi citado pelos entrevistados um total de 100 plantas medicinais, sendo que as mais prevalentes foram Erva-Cidreira (16,01%), Hortelã (10,39%) e Boldo (7,30%). A maioria dos entrevistados informou que as plantas medicinais foram indicadas por familiares e ou amigos (78,98%). Os principais motivos que levaram ao uso das plantas foram para obtenção de efeito ansiolítico/bem-estar (40,76%), tratamento de resfriado (17,83%) e efeito analgésico (14,64%). As formas de preparo das plantas mais utilizadas foram infusão (69,43%), decocção (24,20%), suco (6,37%) e maceração (5,09%). Os participantes da pesquisa consumiram as plantas na forma de chá (93,63%), xarope (6,37%), tintura (1,27%) e compressa (0,63%). **DISCUSSÃO:** Os resultados encontrados na presente pesquisa estão de acordo com estudos nacionais prévios. O conhecimento científico sobre as plantas utilizadas pela população ainda é escasso quanto a informações como qual parte da planta deve ser utilizada, como prepará-la e quais potenciais interações podem ocorrer quando utilizadas concomitantemente ao tratamento farmacológico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A população estudada apresentou uma elevada prevalência de utilização de plantas medicinais. Os indivíduos do sexo masculino, idosos, e com diagnóstico de doença crônica apresentaram as maiores prevalências de consumo de plantas medicinais. Assim faz-se de grande importância que o profissional de saúde esteja atento para o desenvolvimento de ações educativas de modo que venham sensibilizar e conscientizar a população sobre os riscos do uso indiscriminado de plantas medicinais.

DESCRITORES: Plantas medicinais. Prevalência.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS

1. Silva AB et al. O uso de plantas medicinais por idosos usuários de uma unidade básica de saúde da família. Revista de enfermagem UFPE on line. Recife, v.9, n.3, p.7636-43, 2015.

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem

AUTORES:

¹Acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis/MT. E-mail: re_araujo18@outlook.com.br ;

²Professoras Doutoras. Universidade Federal de Mato Grosso. Rondonópolis/MT



USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR IDOSOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Graziele Ferreira Pinto¹

Raquel Aparecida Rodrigues Nicácio¹

Fernanda Rocha dos Anjos¹

Renata Aparecida Faria de Araújo¹

Magda de Mattos²

Letícia Silveira Goulart²

INTRODUÇÃO: As Práticas Integrativas e Complementares têm um papel importante para a saúde da população idosa, sua utilização estimula o desenvolvimento de hábitos de vida saudável, a prevenção e tratamento de doenças crônicas e promove a participação ativa do indivíduo face a sua doença. **OBJETIVO:** Este estudo teve o objetivo de identificar a prevalência de uso das PICs e os fatores associados a esta prática entre os idosos de um município do sul de Mato Grosso. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo e transversal de base populacional. Foi utilizado o método de amostragem por conglomerados, dividido em dois estágios: setor censitário e o domicílio. Participaram do estudo 115 idosos não institucionalizados. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado com questões referentes a características sociodemográficas, aspectos de saúde, uso de serviços de saúde e uso de PICs. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da UFMT campus Rondonópolis CAEE 74021417.8.0000.8088. **RESULTADOS:** A prevalência de uso de PICs entre os idosos foi de 57,39% (n= 66), sendo mais elevada entre indivíduos que possuem plano de saúde (69,4%), que estiveram internados no último ano (66,6%), que se auto declararam de cor negra (66,6%), sexo feminino (64,1%), indivíduos que recebem visita domiciliar de agentes comunitários de saúde (63,5%), com escolaridade de até 8 anos (62,8%) e que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias (60,8 %). O uso de PICs se mostrou associado ao sexo feminino (RP = 1,18; IC95% 1,18 – 1.19). As PICs mais utilizadas foram plantas medicinais (63,44%), homeopatia (17,20%) e fitoterapia (10,75%). **DISCUSSÃO:** A prevalência de uso de PICs entre os idosos de Rondonópolis foi superior aos dados descritos na literatura. Estudos sobre PICs em idosos são escassos, o que aponta a necessidade de ampliação de pesquisas nesta área, podendo assim, contribuir com a melhoria na qualidade de vida deste grupo da população. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A população estudada apresentou uma elevada prevalência de utilização de PICs, sendo esta prática associada ao sexo feminino. Conhecer o perfil dos usuários de PICs e os fatores associados a esta prática contribuem para a fortalecimento da PNPIC e criação de estratégias para sua ampliação. Os dados encontrados evidenciam a necessidade de fortalecer essas práticas na assistência em saúde a pessoa idosa.

DESCRITORES: Idoso. Prevalência. Terapias complementares.

REFERÊNCIAS

1. Saraiva AM et al. Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidades terapêuticas. Revista de enfermagem da UFSM. Cuiabá-PB, v.5, n.1, p.131- 140, 2015.

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

AUTORES:

¹Acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Rondonópolis, Mato Grosso. E-mail: grazi20ferreira@gmail.com;

²Professoras Doutoras da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Rondonópolis, Mato Grosso.



VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Érica M. de Pluens¹
Vinícius de M. Bergamo²

INTRODUÇÃO: A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais e também podendo causar pandemias. Por ser uma doença imunoprevenível, desde 1999, a vacinação contra a influenza foi incorporada ao Programa Nacional de Imunização (PNI), destinada a grupos prioritários com fatores ou condições de risco para complicações da infecção ou disseminação acentuada. Dentre os grupos, estão os indivíduos privados de liberdade, os quais, além de estarem expostos a ambientes insalubres e superlotados, convivem diariamente com a falta de acesso aos serviços de saúde e a uma alimentação adequada e saudável, o que contribui significativamente para o contágio e complicações da influenza. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem em uma campanha de imunização contra influenza para indivíduos privados de liberdade. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência de uma estratégia de vacinação em uma unidade prisional exclusivamente masculina, localizada em Rondonópolis-MT, entre os dias 7 a 10 de maio de 2019. A penitenciária contava, nos dias do evento, com 1.493 recuperandos, divididos em 5 alas, com uma média de 300 indivíduos em cada ala. A ação envolveu a participação de 24 acadêmicos e 1 docente do curso de enfermagem da UNIC-Rondonópolis, com a contribuição de profissionais de saúde e segurança da própria unidade. Por questões de segurança, foi imunizada uma ala por dia. Inicialmente, os internos foram orientados quanto aos aspectos gerais da influenza, importância da imunização, possíveis eventos adversos pós-vacinais (EAPV) e caráter facultativo da vacinação. Em seguida, os detentos foram chamados pelo nome, aproximaram-se das grades e receberam o imunobiológico. Foi acompanhada a ocorrência de EAPV's graves durante toda a campanha. **RESULTADOS / DISCUSSÃO:** Ao longo dos 4 dias de campanha, foram imunizados 1.451 recuperandos atingindo 97% de cobertura vacinal e 42 internos recusaram a vacina. Embora se tratasse de uma situação completamente adversa a realidade dos alunos, a ação se desenrolou sem intercorrências, sendo possível aplicar na prática os conhecimentos a respeito da assistência de enfermagem no transporte, armazenamento, preparo e administração de imunobiológicos. Não foram registradas ocorrências de EAPV's graves. O planejamento prévio das estratégias em parceria com os profissionais da unidade contribuiu para o pleno desenvolvimento das atividades. O ambiente hostil, a certeza de lidar com indivíduos em conflito com a lei, a dificuldade de acesso aos recuperandos e a necessidade de realizar o procedimento com as barreiras físicas das grades, foram dificuldades encontradas pelos acadêmicos durante as atividades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foram vacinados mais de 90% dos internos da unidade corroborando com a meta do Ministério da Saúde para 2019. A experiência possibilitou a articulação entre teoria e prática e contribuiu para despertar nos alunos o papel do enfermeiro na assistência integral em saúde de pessoas privadas de liberdade. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Promover a formação de futuros enfermeiros competentes para trabalhar com populações negligenciadas. Despertar nos acadêmicos a essencial participação do enfermeiro no planejamento e implementação de ações para o controle de doenças infectocontagiosas.

DESCRITORES: Imunização. Influenza Humana. Enfermagem. População Privada de Liberdade.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Ministério da Saúde (BR). Informe Técnico: 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

EIXO II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem

AUTORES:

- ¹ Acadêmica do sexto semestre do curso de graduação em enfermagem da UNIC-Rondonópolis. Rondonópolis-MT. E-mail: ericapluens@hotmail.com
- ² Enfermeiro. Especialista em Gestão em Saúde Prisional. Docente do curso de enfermagem da UNIC-Rondonópolis. Rondonópolis-MT.



A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ORIENTAÇÃO AOS VISITANTES DO BOX DE EMERGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Douglas Alberto de Jesus¹

Evelyn Martins Ribeiro²

Lorrana dos Santos Alvares²

Werik Camilo Medeiros²

Alessandra Alves Dias²

Cauê Felipe Pimentel³

INTRODUÇÃO: O box de emergência é uma unidade onde o paciente é assistido ininterruptamente por uma equipe multiprofissional, sendo a admissão neste setor um evento estressante tanto para o paciente quanto para os familiares¹. A Equipe de Enfermagem, parte integrante e fundamental para o atendimento de emergência, tem sua relevância destacada, proporcionando um cuidado acolhedor e humanizado por meio de um ambiente calmo, resguardando a privacidade do paciente e estabelecendo uma comunicação ativa com o paciente e seus familiares nos momentos de visita¹. **OBJETIVO:** Descrever a importância da enfermagem na orientação aos visitantes de uma unidade de emergência. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido por acadêmicos de enfermagem do décimo semestre durante as atividades da disciplina de Estágio Supervisionado. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** A gestão de enfermagem quando bem executada garante uma assistência de excelência, favorecendo a segurança do paciente, fortalecendo o elo equipe multiprofissional, pacientes e visitantes, tornando todo o processo com menos riscos ou falhas. Assim, as ações desenvolvidas pelos acadêmicos foram a elaboração e implementação de um plano de orientações contendo diretrizes voltadas aos visitantes da unidade de emergência, abordando inicialmente a necessidade da higienização das mãos, somado a importância de manter a privacidade do paciente internado, além de estabelecer uma comunicação ativa e horizontalizada¹. Durante o desenvolvimento do estágio, nas semanas subsequentes, observou-se a melhor interação dos visitantes com a equipe de enfermagem, a realização da higienização das mãos antes do contato com o paciente, juntamente com a garantia da privacidade destes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O enfermeiro, por meio de ações de educação em saúde, consegue proporcionar o cuidado humanizado², de forma a envolver os familiares do paciente no processo de cuidado e evitar situações de risco que poderão interferir negativamente no prognóstico dos pacientes, salvaguardando sua segurança, garantindo um cuidado qualificado em um ambiente com potencial estressor, como são as unidades de emergência. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Como sabemos o enfermeiro atua nas duas frentes, liderança ou gestão e assistência. Ambas correlacionadas, quando bem executadas refletem no cuidado prestado ao paciente. Neste contexto o cuidado humanizado torna-se importantíssimo para a Enfermagem, pois, torna todo o processo de cuidar equilibrado e colaborativo onde o próximo é tratado com igualdade, resguardando a segurança do paciente que é a mais importante dimensão da assistência de enfermagem². Ao criarmos estratégias de acolhimento para os familiares, fortalecemos o vínculo entre equipe, paciente e família, permitindo uma relação de troca que por sua vez trará benefícios a ambos, induzindo a melhora do paciente e aliviando a carga emocional dos entes, dando tempo hábil para se ajustarem a situação estressante².

DESCRITORES: Segurança do Paciente. Humanização. Enfermagem



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS:

- ¹ Ramos FJS, Fumis RRL, Azevedo LCP, Schettino G. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. Rev. bras. ter. intensiva [online]. 2014, vol.26, n.4, pp.339-346.
- ² Ferreira CCG, Estevam FEB, Guimarães JC, Valadares MS, Tannure MC. Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento. Rev. Enfermagem Revista, V.16 N°1. Jan/Abr. 2013.

EIXO III: Gestão/gerenciamento em saúde e em enfermagem.

AUTORES:

- ¹ Acadêmico de Enfermagem 10º semestre – Unic Rondonópolis MT e-mail: doug.alberto07@gmail.com.
- ² Acadêmicos de Enfermagem, 10º Semestre – Unic Rondonópolis MT.
- ³ Enfermeiro, Mestrando em Gestão e Tecnologia Ambiental – UFMT, Docente do Curso de Enfermagem da Unic Rondonópolis MT.



A PRÁTICA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Katia Moreira da Silva¹
Graciano Almeida Sudre²
César Augusto Santiago Dauzacker³
Rosana Mendes da Silva⁴
Ariadine Cristina da Silva de Castro⁵
Mayara Rocha Siqueira Sudré⁶

INTRODUÇÃO: A qualidade da assistência reflete diretamente na segurança do paciente, que é um princípio fundamental para o cuidado em saúde. Ela é afetada por episódios de erros que podem causar sérios danos ao paciente. A notificação de incidentes favorece a obtenção de sinais de alerta relativos à prestação de cuidados, já a subnotificação de incidentes pode comprometer a fidedignidade dos dados epidemiológicos, contribuir para baixa efetividade da vigilância e limitar as medidas de segurança. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência de uma residente inserida no Núcleo Qualidade e Segurança do Paciente de uma instituição hospitalar de alta complexidade. **MÉTODO:** Relato de experiência de uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, baseada na avaliação trimestral de notificações de um hospital de referência para região sul de Mato Grosso, na qual foram disponibilizados dados referentes a notificações, ações realizadas para resolução dos problemas, orientações para prevenção de eventos adversos e planejamento de ações de educação continuada da equipe multiprofissional. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentre as notificações realizadas destacam-se: demora do profissional médico em admitir e prescrever o paciente, agendamento de cirurgia eletiva em período inferior a 48 horas de antecedência, ignorando o protocolo existente na instituição e influenciando na reserva de hemocomponentes; demora da lavanderia em encaminhar lençóis limpos pela manhã para os setores; presença de instrumentais junto a roupa encaminhada ao Centro de Material e Esterilização (CME); encaminhamento de pacientes para o centro cirúrgico portando adornos; presença de eletrodos em paciente nos setores; ausência de instalação do protocolo de risco de quedas; administração de soro fisiológico sem retirada do lacre de segurança; conflito na comunicação entre os setores. Ao final do trimestre, observou-se queda no número de notificações relacionadas a: agendamento de cirurgia eletiva em período inferior a 48 horas de antecedência e melhoria na disponibilidade de lençóis para os setores. Os responsáveis pelos setores foram incumbidos de realizar educação continuada com as equipes referentes a: cuidado no encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico baseada no protocolo de cirurgia segura, preparo e administração de medicamentos, separação dos materiais para o CME e lavanderia, realização de exame físico no momento da admissão do paciente nos setores, importância da implantação do protocolo de quedas para segurança do paciente e importância do respeito na comunicação entre a equipe multiprofissional. Foram realizadas reuniões para proporcionar *feedback* das notificações, estimular sua continuidade reforçando as contribuições dessa ferramenta e identificar as possíveis causas da subnotificação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foram elencadas as notificações, reunidas as equipes e realizada educação continuada, fortalecendo o *feedback* para compreender a importância das notificações e os anseios das equipes. A cultura punitiva, a falta de tempo e o medo de represálias podem justificar uma possível subnotificação. A abordagem multidisciplinar das notificações permitiu a identificação problemas relevantes de forma não culposa. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A intervenção educativa permitiu estimular a autoavaliação das práticas de saúde e para conscientização sobre a importância da notificação como instrumento para garantia da qualidade da assistência e segurança do paciente.



DESCRITORES: Notificação. Qualidade da assistência à saúde. Segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>
2. Varallo FR, Passos AC, Nadai TR, Mastroianni PC. Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03346. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017026403346>

EIXO III: Gestão/gerenciamento em saúde e em enfermagem

AUTORES:

- ¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis-MT. katiakawam@hotmail.com
- ²Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis-MT.
- ³Enfermeiro, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente, Santa Casa de Rondonópolis, Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis-MT.
- ⁴Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Urgência e Emergência, Santa Casa de Rondonópolis, Rondonópolis -MT.
- ⁵Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis-MT.
- ⁶Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis-MT.



IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paula M. De A. Marques¹
Luana de Oliveira Borges²

INTRODUÇÃO: A apresentação do plano de parto no momento da admissão na maternidade é um direito desconhecido entre gestantes e a população, contudo o mesmo é tão importante que pertence à categoria prioritária de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para aprimorar o atendimento ao binômio mãe-bebê⁽¹⁾. É um documento elaborado pela gestante durante pré-natal juntamente com a família, onde constará suas preferências em relação ao parto, garantindo que seus desejos sejam respeitados. Mesmo com esforços dos pré-natalistas em realizar educação em saúde, as gestantes permanecem alheias a informações como amniotomia, episiotomia, ocitocina exógena, manobra de Kristeller e outros, ficando vulneráveis a violências obstétricas^(1, 2). Foi observado durante atividades acadêmicas em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), grande número de gestantes carentes de informação, evidenciando a necessidade de conhecimento do plano de parto como sendo uma das 10 metas do Ministério da Saúde (MS) para um Pré-natal de qualidade⁽³⁾.

OBJETIVO: Implementar plano de parto para gestantes de uma ESF, disponibilizando modelo preenchível, explicitando condutas humanizadas e esclarecendo quais intervenções são desnecessárias durante etapas do parto. **MÉTODO:** Trata-se de pesquisa descritiva de relato de experiência sobre implementação do plano de parto como exercício do Estágio Supervisionado em ESF de Rondonópolis-MT, no primeiro semestre de 2019, realizado orientações através de rodas de conversas e consultas de pré-natal, por acadêmica de enfermagem e enfermeira, para gestantes e seus acompanhantes, também foi elaborado modelo de plano de parto. **RESULTADOS:** Ao ser realizado rastreamento das gestantes, foram encontradas 42, realizado educação em saúde, para incentivar o empoderamento feminino. Foram esclarecidas as dúvidas sobre seus direitos, parto humanizado e violência obstétrica, para possibilitar a elaboração do plano de parto. O modelo de plano de parto foi impresso e entregue para todas parturientes, que ao término das orientações, iniciaram a elaboração do mesmo. **DISCUSSÃO:** O plano de parto serviu como estratégia para que ocorra o protagonismo durante trabalho de parto, sua elaboração incentivou as parturientes a se autoconhecerem e entenderem o que seria necessário para que seus trabalhos de parto e parto ocorressem de forma humanizada natural e sem intercorrências⁽¹⁾. A OMS está incentivando a melhoria da assistência ao pré-natal para humanizar o trabalho de parto, sendo o acompanhante o responsável por garantir a efetividade do plano de parto⁽¹⁾. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este projeto caracterizou-se como uma tecnologia não invasiva de cuidado, onde as gestantes demonstraram empoderamento relacionado ao parto, houve a percepção de que seus desejos devem ser respeitados. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Propicia vínculo entre profissional-gestante; Assistência prestada baseada em evidências; O conhecimento sobre plano de parto permite que a equipe de enfermagem respeite as decisões da mulher; Além de disseminar discussões sobre o plano de parto como um direito das mulheres durante o pré-natal

DESCRITORES: Assistência Pré-natal. Educação em Saúde. Parto Humanizado. Empoderamento.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS

- ¹ Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. Rev. baiana enferm. 2017 ; 31(4): e20275.
- ² Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- ³ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

EIXO III: Gestão/gerenciamento em saúde e em enfermagem

AUTORES:

- ¹ Acadêmica do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Sobral Pinto (UNIC). Rondonópolis, MT. E-mail: paula_marques87@hotmail.com
- ² Luana de Oliveira Borges. Especialista em Saúde Pública. Docente do curso de enfermagem da UNIC Rondonópolis-MT.



ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NA GESTÃO DO CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER COLORRETAL

Aline Roberta Lima Nishimura Aiko¹

Aline Spanevello Alvares²

Graciano Almeida Sudré³

Mayara Rocha Siqueira Sudré⁴

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal tem seu diagnóstico pela identificação de tumores que acometem o intestino grosso, que por sua vez é subdividido em cólon e reto. A maioria desses tumores originam-se de pólipos, lesões benignas que podem evoluir em tumores malignos, por sua lenta evolução permite a detecção e remoção antes da malignidade¹. Neste contexto, o rastreamento do câncer colorretal resulta na redução de sua mortalidade². A experiência e trajetória empreendida pela busca do cuidado da pessoa com câncer colorretal traz consigo diferentes problemas como a fragmentação e dificuldade de organização do sistema de saúde relacionado ao fluxo, encaminhamento e acompanhamento da pessoa que vivência o câncer³. **OBJETIVOS:** Avaliar por meio do Itinerário Terapêutico a busca empreendida pelo cuidado em saúde da pessoa com câncer colorretal e os mecanismos de Gestão do Cuidado. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa realizada no sul de Mato Grosso, do tipo estudo de caso que teve como objeto de análise a cartografia, representada pelo itinerário terapêutico do usuário em sua busca pelo cuidado e a Entrevista Narrativa (EN) gravada e transcrita. Diante do material transcrito realizou-se a construção do mapa (representação gráfica para avaliação do percurso assistencial) e com o corpus a análise de conteúdo de Bardin, para codificação e categorização o Software IRAMUTEQ, especificamente a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Foram respeitados os preceitos éticos, critérios de inclusão e exclusão, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética de acordo com a Resolução 466/2012 sob parecer de número 2.571.546. **RESULTADOS:** O corpus analisado distribuiu-se em cinco classes, como um rizoma, de forma interdependente: 1. Trajetória antes do diagnóstico e ineficiência da Atenção Primária; 2. Práticas complementares e plantas medicinais; 3. Limitações no acesso da Rede de Atenção à Saúde e Mediadores neste processo; 4. Ausência da Linha de Cuidado: Orientações e Apoio; 5. Dificuldades no acesso na Atenção Especializada. Estas categorias e o produto cartográfico permitiram identificar que atualmente as instituições de saúde funcionam com poucos pontos de atenção, dispostos de forma fragmentada, com ações não integradas e pouco articulada. O usuário ao acessar essa trama desarticulada depara com dificuldades de acesso às consultas e exames especializados, provocando inter-relações entre o sistema de saúde público e privado, ampliando seu percurso e tempo assistencial desde o diagnóstico até o tratamento e reabilitação⁴. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio do Itinerário Terapêutico foi possível avaliar que as diferentes portas de entrada das instituições do sistema de saúde do município em que foi realizado a pesquisa não estão articuladas em rede, consequentemente o usuário com câncer colorretal peregrina de forma exaustiva pelos serviços em busca de cuidados e resolução de seu problema, tendo que desenvolver diferentes táticas para superar as estratégias emergidas pelo modelo assistencial vigente. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** O enfermeiro é um dos responsáveis pela articulação da rede de atenção, uma vez que sua prática gerencial permite a superação do modelo centrado na doença, deve favorecer a clínica ampliada e Linhas de cuidado para organizar o serviço, abreviando o percurso entre as etapas de diagnóstico, intervenção e reabilitação⁵.

DESCRITORES: Atenção à Saúde. Mediações. Gestão do Cuidado.



REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de colorretal. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério de Saúde, 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao_
2. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Primária: Rastreamento: Volume II. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf.
3. Bellato R, Araujo LFS, Mufato LF, Nepomuceno, MAS. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que Vivencia o câncer colorretal. Texto Contexto Enf, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 407-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200017&script=sci_abstract.
4. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.

EIXO III: Gestão/gerenciamento em saúde e em enfermagem.

AUTORES:

- ¹Enfermeira, Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Mato Grosso.
- ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente na Universidade de Cuiabá-Rondonópolis.
- ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal do Mato Grosso.
- ⁴Enfermeiro Mestre em Gestão da Clínica, docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal do Mato Grosso.



PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO TERCIÁRIA SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Aline Roberta Lima Nishimura Aiko¹

Henrique Andrade da Silva Vergílio²

Kátia Moreira da Silva³

Mayara Rocha Siqueira Sudré⁴

Graciano Almeida Sudré⁵

INTRODUÇÃO: A Atenção Terciária faz parte da Rede de Atenção à Saúde e ofertam determinados serviços especializados, que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas e tendem a ser mais concentrados espacialmente¹. Os hospitais possuem grande importância na organização da rede de saúde pelo fato de abrangerem uma grande concentração de serviços de média e alta complexidade, porém a busca imediata por atendimento gera crise no setor hospitalar, tornando uma população cada vez mais dependente dos hospitais, excluindo a porta de entrada da rede de atenção¹. Neste contexto, a Atenção Terciária apresenta dificuldades referente a fragmentação entre os diferentes pontos e níveis de atenção; outra fragilidade está relacionada ao estabelecimento de vínculo que remete a necessidade de fortalecimento². Neste cenário são possíveis algumas intervenções para minimizar o impacto dos problemas como a reorganização das práticas assistências e gerenciais referentes às necessidades de saúde da população. **OBJETIVO:** Avaliar a percepção dos enfermeiros da atenção terciária sobre a Rede de Atenção à Saúde e seu funcionamento. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Esta pesquisa foi realizada a partir de um estudo qualitativo em um Hospital filantrópico do município da região sul do Mato Grosso. A coleta de dados foi realizada por meio da Entrevista Narrativa (EN) gravada e transcrita com onze participantes. Foi realizado a análise de conteúdo de Bardin e para análise de dados utilizado o software IRAMUTEQ, especificamente a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)³. Foram respeitados os preceitos éticos e critérios de inclusão e exclusão, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética de acordo com a Resolução 466/2012 sob o parecer de número 2.221.402. **RESULTADOS:** O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: 1. Desafios enfrentados na atuação gerencial e assistencial do enfermeiro; 2. Dificuldades no acolhimento do paciente; 3. Programas de Saúde do Ministério da Saúde. Os relatos estão relacionados às vivências e dificuldades enfrentadas na atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família; de acordo com estes resultados obtidos, os enfermeiros da atenção terciária não tem a compreensão de que o local em que estão inseridos, especificamente o âmbito hospitalar constitui-se como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde, visto que, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns da Rede de Atenção à Saúde¹. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na pesquisa foi possível avaliar a percepção dos enfermeiros no âmbito hospitalar sobre a Rede de Atenção à Saúde e seu funcionamento, tendo direcionamento do corpus da análise integralmente para atenção primária a saúde. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** De acordo com o resultado desta pesquisa há alguns desafios a serem enfrentados pelos enfermeiros em relação à articulação do serviço com os pontos de atenção à saúde, conseqüentemente torna-se necessário que estes profissionais entendam de forma clara o papel da Atenção Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde, para contribuir de forma efetiva com a mudança do modelo assistencial vigente.

DESCRITORES: Atenção à Saúde. Acolhimento. Atenção Terciária.



REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.
2. Brasil. Caderno humaniza SUS: Atenção Hospitalar. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde a Saúde. Brasília, 2011, 268 p., v. 3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.
3. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.

EIXO III: Gestão/gerenciamento em saúde e em enfermagem.

AUTORES:

- ¹Enfermeira, Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Mato Grosso.
- ²Enfermeiro, Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Mato Grosso.
- ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso.
- ⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal do Mato Grosso.
- ⁵Enfermeiro, Mestre em Gestão da Clínica, docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal do Mato Grosso.



PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paula M. De A. Marques¹

Cauê Felipe Pimentel²

INTRODUÇÃO: Em 1999, foi publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos um relatório intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” onde foram analisados 30.121 prontuários que identificou sérios prejuízos iatrogênicos ocorridos em 3,7% das internações, com base nestes resultados, estimou-se que os danos haviam contribuído para a ocorrência de 180.000 óbitos por ano no país ⁽¹⁾. Esse caso foi um marco para a segurança do paciente, pois após sua publicação, esse problema obteve notoriedade por parte de muitos países, bem como pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No caso da assistência à saúde nos hospitais brasileiros, acredita-se que os erros e suas consequências são espantosamente maiores, devido à precariedade dos serviços prestados, à falta de dimensionamento adequado de pessoal, à carga horária excessiva e à má remuneração dos profissionais. Durante atividades acadêmicas do curso de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento (UPA) no município de Rondonópolis, foi evidenciado a necessidade de promoção da segurança do paciente por meio da identificação segura.

OBJETIVO: Realizar a promoção da segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento por meio da identificação. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência da vivência acadêmica ocorrida durante o exercício da disciplina Estágio Supervisionado em UPA de Rondonópolis-MT, no primeiro semestre de 2019. **RESULTADOS:** Através da elaboração do procedimento operacional padrão (POP) da identificação do paciente, foi possível a realização da educação permanente em saúde, sensibilizando equipe, para que eventos adversos (EA) potencialmente graves sejam minimizados ⁽²⁾. A identificação segura dos pacientes foi implementada através de *displays* fixados no leito, contendo nome e data de nascimento, baseada em protocolos de segurança. Após a realização da educação permanente a equipe se mostrou mais proativa e dedicada na realização das atividades, notou-se também uma percepção de atendimento seguro por parte dos pacientes e acompanhantes, além do relato de abordagem com empatia.

DISCUSSÃO: Identificar o paciente por meio do uso de displays no leito do paciente, corresponde a um processo simples, eficaz, financeiramente acessível e que pode minimizar EA na prestação da assistência de enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dos resultados obtidos, evidencia-se a importância da identificação como sendo a primeira meta internacional de segurança do paciente. A ausência de identificação do paciente pode ocasionar eventos adversos graves, como por exemplo: erros de administração de medicamentos ou hemoderivados, procedimentos realizados em pacientes trocados e/ou em locais inadequados e erro na passagem de plantão. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Assegurar uma assistência de excelência, através do gerenciamento de riscos com consequente obtenção de segurança tanto para o paciente, quanto para si (resguardando-se pelo serviço prestado), além de estimular o aprendizado e aprimoramento organizacional.

DESCRITORES: Segurança do paciente. Gestão de Riscos. Evento adverso



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

REFERÊNCIAS

- ¹ Oliveira RM, Leitaó IMTA, Silva LMS; Figueiredo SV, Sampaio RL; Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery. [2014 Março]; 18(1): 122-129.
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

EIXO III: Gestão/gerenciamento em saúde e em enfermagem

AUTORES:

1. Acadêmica do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Sobral Pinto (UNIC). Rondonópolis, MT. E-paula_marques87@hotmail.com
2. Enfermeiro. Mestrando em Gestão e Tecnologia Ambiental. Docente no curso de enfermagem UNIC. Rondonópolis, MT.



CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA REGULAMENTAÇÃO SOBRE FITOTERÁPICOS NO BRASIL

Eduarda Priscila Pires¹
Graciela da Silva Migueis²
Bruna Estevão Araújo³
Marla Brenda Pires Coimbra³

INTRODUÇÃO: A utilização de medicamentos à base de plantas medicinais é uma prática de cuidado antiga que acompanha a evolução da humanidade. Desempenha um papel relevante como alternativa terapêutica, na prevenção e cura de enfermidades, uma vez que grande parte da população brasileira, ainda hoje, é marcada pela precariedade e dificuldade no que diz respeito ao acesso aos medicamentos, atendimento à saúde e ao tratamento convencional¹. Fato que culmina na busca crescente por terapias alternativas, como a fitoterapia, medicamentos obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais e, como outros medicamentos, caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso². Nesse sentido, é necessário que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento do uso de fitoterápico e conheça a contextualização histórica que à regulamenta. **OBJETIVO:** Conhecer a contextualização histórica da regulamentação sobre fitoterápicos no Brasil. **MÉTODO:** estudo descritivo, foi realizado levantamento bibliográfico virtual relacionado com a regulamentação de fitoterapia no âmbito de saúde pública do Brasil envolvendo estudos sobre fitoterapia e documentos relacionados com a Política de fitoterapia. Dos artigos encontrados, foram selecionados e analisados aqueles que abordaram a temática. **RESULTADOS:** A necessidade de regulamentação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos surgiu na Conferência de Alma-Ata em 1978 em que a Organização Mundial de Saúde recomendou a integração da medicina tradicional e da medicina complementar alternativa aos sistemas de saúde³. Em 1981, Portaria 212, 11/09/1981, estabeleceu estudo de plantas medicinais como uma prioridade em saúde e, intensificadas iniciativas para fortalecer a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, com a criação da Lei nº 8.080 foi formulada a política de medicamentos com o propósito de garantir o uso racional e o acesso da população aos medicamentos⁴. Já em 1995, a Vigilância Sanitária instituiu o registro de produtos fitoterápicos e em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde foi recomendada a incorporação, no SUS, desta prática de saúde, contemplando as terapias alternativas e práticas populares³. Em 2005, foi instituída uma comissão interministerial para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos⁴. A partir daí, em 2006, surgiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), e essa elaborou a relação nacional de plantas medicinais e fitoterápicos e o provimento do acesso aos usuários do SUS⁵. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As práticas integrativas constituem-se um avanço de modelo de saúde focado em ações que envolvem o saber popular e o saber científico. Com a implantação da PNPIC, houve o reconhecimento da atuação dos profissionais de saúde de maneira ativa quanto a orientação ao uso de fitoterápicos aos usuários adeptos a esta prática, entretanto, se faz preciso conhecer a regulamentação e ter o embasamento científico. **CONSIDERAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A fitoterapia e sua regulamentação possibilita ao enfermeiro um campo de atuação em ascensão, contudo requer desses profissionais, conhecimento aprofundado e habilitação, a fim de implementar esta prática em sua rotina de cuidado com foco na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Ainda, estimula ações de participação social com envolvimento continuado dos usuários e profissionais de saúde.

DESCRITORES: Fitoterapia. Sistema Único de Saúde. Enfermagem.



REFERÊNCIAS

1. Sampaio LA; Oliveira DR.; Kerntopf FEBJ; Menezes IRA. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. REME rev. min. enferm. 2013 jan-mar; 17(1): 76-84.
2. Brasil. Resolução Diretoria Colegiada - RDC N° 26, DE 13 DE MAIO DE 2014. Aprova o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Órgão emissor: ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 1ª edição).
4. Teixeira JBP; Barbosa AF; Gomes CHC; Eiras NSV. A Fitoterapia no Brasil: da Medicina Popular à regulamentação pelo Ministério da Saúde.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

EIXO IV: história/movimentos sociais, políticas de saúde e de enfermagem.

AUTORES:

¹Acadêmica do quinto semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, campus Rondonópolis, MT. E-mail: duda_priscil@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Biodiversidade e Biotecnologia. Docente no curso de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Rondonópolis, MT.

³Acadêmicas do sétimo semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, campus Rondonópolis, MT.



RELATO DE EXPERIÊNCIA: A PERCEPÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM DIANTE DA DIFICULDADE NA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DA SAÚDE E PACIENTE

Janny, CA Oliveira¹
Nathany, MA Souza²

INTRODUÇÃO: A falta comunicação efetiva nos serviços de saúde está entre as principais dificuldades encontradas no período de internação pediátrica, interferindo na qualidade das atividades desenvolvidas nas instituições, gerando conflitos entre a equipe e acompanhante/paciente. Para uma assistência segura é primordial que haja humanização, permitindo aos envolvidos no processo de cuidado, transmitir e receber informações de forma clara e correta, ferramenta que possibilita ao paciente e família, um sentimento de segurança, motivação, para aderir e enfrentar o tratamento, diminuindo assim suas ansiedades e temores. **OBJETIVO:** Abordar a percepção do acadêmico de enfermagem ante as falhas na comunicação da equipe de saúde com os pacientes e sua família no decorrer da assistência de cuidados. **MÉTODO:** Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pela acadêmica do nono semestre do curso de Graduação em Enfermagem durante o campo prático do Estágio Supervisionado I no período de abril a maio de 2019 na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como referencial as falhas no processo de comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes. Após revisão bibliográfica sobre o tema formularam-se hipóteses de soluções e sua aplicação a realidade da instituição. **RESULTADOS:** Foram identificadas várias situações problemas, no campo prático, relacionadas as falhas de comunicação efetiva, tanto originadas entre profissionais quanto destes para com pacientes e familiares, tendo como consequência o deficit da qualidade da assistência prestada a criança e sua família gerando um ambiente de conflitos e apreensão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sabe-se que a comunicação deve ser efetiva entre a equipe multiprofissional e paciente-familiares, assim desempenhar uma ótima assistência trabalho, além de promover uma evolução positiva ao paciente, já que a equipe de enfermagem é quem se faz presente a ele em todas as horas do dia, sendo a responsável por ele em período integral. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** estimular uma reflexão ao profissional de saúde a importância de uma comunicação de excelência entre a equipe e pacientes, pois traz um sentimento de humanização, de conforto, se tornando parte do tratamento, sendo uma ferramenta fundamental no cuidado de enfermagem e para sua eficácia.

DESCRITORES: Comunicação em saúde. Profissional/Paciente

REFERÊNCIAS

1. Azevedo CI, Vale LD, Araújo MG, et al. Compartilhando Saberes através da Educação em Saúde na escola: Interfaces do Estágio Supervisionado em Enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 jan/abr; 4(1):1048-1056.
2. Britto FR, Samperiz MMF. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):80-5.

EIXO IV: história/movimentos sociais, políticas de saúde e de enfermagem.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

AUTORES:

1. Acadêmica do nono semestre do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade UNIC. Rondonópolis MT. E-mail: jannycleia-oliveira@hotmail.com.
2. Enfermeira. Docente no curso de Enfermagem. Rondonópolis, MT.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

ARTIGOS CIENTÍFICOS apresentados em RONDONÓPOLIS-MT



A EDUCAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR: UM CONTEXTO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ana Paula Grapiglia¹
Karla Caroline Araújo Silva²

RESUMO

Introdução: Ensinar e aprender, pode nos levar a um equívoco quanto ao processo ensino e aprendizagem. O aprender tornou-se um desafio para educadores e educandos, onde cursos da área da saúde, possuem um entendimento arcaico de que apenas dominar o conteúdo específico é o suficiente deixando muitas vezes, em segundo plano, a formação pedagógica do educador. **Objetivo:** discutir a problemática da educação à realidade de hoje, de cursos das ciências da saúde, e as diversas mudanças de uma população diversificada. **Metodologia:** pesquisa bibliográfica. **Discussão:** Questões externas influenciam desde sempre a educação, tendo como resultado o surgimento do mercado no ensino superior. Diante dessa realidade fica o cuidado em capacitar pedagogicamente o educador enfermeiro para que possa oferecer ao aluno uma educação de qualidade. **Considerações finais:** Torna-se necessário formar profissionais da saúde de forma que esses possam atingir um aprendizado rico em significados.

DESCRITORES: Educador. Enfermeiro. Ensino. Formação.

INTRODUÇÃO

Este artigo se enquadra no eixo temático II: Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem, sendo que foi realizado uma pesquisa bibliográfica, fruto de leituras e reflexões sobre a construção do conhecimento no Ensino Superior, nos levando ao longo desses anos de experiência docente, há algumas indagações inevitáveis, a saber: como melhor mediar nosso conhecimento a tão diversificada população de estudantes no nosso país e que tipo de aluno receberemos? Como conduzir o ensino-aprendizagem de forma significativa aos acadêmicos? Basta saber os conteúdos conceituais para ensinar?

Ensinar e aprender fazem parte de um mesmo processo de conhecer, no momento em que você ensina, você deve testemunhar aos estudantes como você estuda, como você se aproxima do objeto de seu conhecimento, o que significa para você a busca do conhecimento. Complementando ainda que, a Educação é um processo que envolve interação entre educadores e educandos e não uma simples transmissão de conhecimentos, um discurso, de alguém mais “competente” para outro “menos competente”¹.

Do ponto de vista pedagógico, para a pedagogia tradicional a questão central é aprender, e para a pedagogia nova, aprender a aprender, e para a pedagogia tecnicista o que importa é aprender a fazer. Nesse sentido, é urgente construção da identidade do docente no ensino superior que possa ser adquirido como vestimenta².



Se considerarmos a Lei Orgânica da Saúde, naquilo que ela preconiza como competências e habilidades do pessoal da saúde, nota-se que o leque de saber e de saber fazer requerido desses profissionais torna-se complexo e amplo, ao tempo em que pressupõe a capacidade de operacionalização desses saberes de maneira exequível e contextualizada, o que requer um docente formador em Enfermagem sintonizado com essas exigências³.

A evolução da Enfermagem, como profissão foi alavancada pela necessidade de melhoria no sistema de saúde. Mas, foi a partir das mudanças no campo da Educação brasileira que ela ganhou espaço na universidade, como parte de um importante arcabouço científico, teórico e prático. Além disso, o enfermeiro assumiu a coordenação e o ensino do Curso de Enfermagem, passando a desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão, consoante a Lei nº 9.394 de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional³.

Diante disso, nos vemos em um quadro de mudança em nosso país, onde o neoliberalismo global começa a surgir com mais força em um país com grandes dificuldades econômicas, desemprego e baixa renda, quase extinguindo pensamentos de mundo e de emancipação humana e que tem efeito direto na educação, causando grande receio quanto a qualidade da formação humana e do profissional a ser inserido no mercado.

Os estudos já realizados durante o governo Lula (2003-2009) demonstraram o alargamento de todas as políticas neoliberais implementadas no governo FCH, dentre elas o caráter público-privado das universidades deste país. Demarca a gestão do governo Lula o Decreto nº 5.205/2004, que regulamentou as parcerias entre as universidades federais e as fundações de direito privado, permitindo a captação de recursos privados para financiar as atividades acadêmicas; a Lei de Inovação Tecnológica (nº 10.973/2004), que regulou parcerias entre empresas e Universidades Públicas; o Programa Universidade para Todos (PROUNI), criado pela Lei nº 11.096/2005, que previa a isenção fiscal para as instituições privadas de ensino superior em troca de vagas para alunos de baixa renda; e a política de educação superior a distância⁴.

Temos acompanhado no governo anterior, do presidente Michel Temer, os processos de escolarização e os itinerários formativos na Educação Básica, especialmente no Ensino Médio, que contribuirá ainda mais para mudanças ainda desconhecidas, no ensino superior, sendo ela a Medida Provisória (MP) nº 746/16, enviada pelo Executivo Federal ao Congresso Nacional em 23 de setembro de 2016, aprovada pelo Senado no dia 8 de fevereiro de 2017 e sancionada pelo Executivo Federal no dia 16 de fevereiro de 2017, reformando o Ensino Médio no Brasil e alterando artigos da LDBEN 9.394/1996, que segundo críticos não passa de mais uma derrota da democracia.



No atual governo, do presidente Jair Bolsonaro, o Ministro da Educação, Abraham Weintraub declarou em redes de comunicação que pretende extinguir cursos da área humanas, filosofia e sociologia, o que percebemos como uma grande perda para a continuação da pesquisa em Educação. Na mesma oportunidade, este afirmou ainda, o contingenciamento de mais de 30 milhões de reais das universidades públicas do país, para investimento no ensino tecnicista.

A função do docente na enfermagem não difere de nenhuma formação de licenciatura. Todos devem estar capacitados e preparados para todos os dilemas de uma sala de aula e mudança de mundo. Para tanto, precisa de preparo e consciência para manter uma educação de qualidade. Como atravessar esse momento histórico de mudanças, onde o capital e grandes empresários da educação está à frente, inclusive nos cursos na área de ciências de saúde, sem que haja a perda da qualidade e dos objetivos de uma formação de qualidade de nossos Enfermeiros?

O objetivo do estudo é discutir a problemática da educação à realidade de hoje, de cursos das ciências da saúde, e as diversas mudanças de uma população diversificada, com bagagens e trajetórias de vida cultural individual, carente de educação e vítima de um capitalismo exacerbado que se adentra em meio às desigualdades sociais que contribuirá para a análise da formação pedagógica e perfil dos enfermeiros atuantes na docência do ensino superior.

METODOLOGIA

Para que pudéssemos conhecer um pouco da história da Educação e da Enfermagem e compreendermos as alterações na educação superior do país, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica.

A Pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituídos principalmente de livros e artigos científicos, podendo nos proporcionar uma gama de fenômenos mais amplos e dados dispersos no espaço e indispensáveis para estudos históricos. O pesquisador deve assegurar-se das condições em que os dados foram obtidos analisa com profundidade a presença de incoerências e contradições⁵.

Para a realização da pesquisa bibliográfica utilizou-se literaturas embasadas em grandes teóricos da educação, como Paulo Freire, Dermerval Saviani, Cipriano Carlos Luckesi, John Dewey, Marcos Tarciso Masetto, Pedro Demo, Karl Marx e ainda acesso a periódicos de instituições de educação e enfermagem, tendo como descritores de busca educação, enfermagem, políticas educacionais. A presente pesquisa foi realizada no período do mês de abril a maio de 2019.



REFERENCIAL TEÓRICO

A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA CONTEMPORÂNEA E SUAS INFLUÊNCIAS

Ao longo do século XIX, foram redefinidos os objetivos e os instrumentos da pedagogia. A educação assumiu os contornos dos embates políticos de então e, por volta de meados desse século, dois projetos antitéticos passaram a se contrapor – o burguês e o proletário – correspondendo a dois modelos ideológico e epistemologicamente contrapostos e inspirados, respectivamente, no positivismo e no socialismo⁶.

*[...] O positivismo exalta a ciência e a técnica, a ordem burguesa da sociedade e seus mitos [...], nutre-se de mentalidade laica e valoriza os saberes experimentais: é a ideologia de uma classe produtiva na época do seu triunfo, que sanciona seu domínio e fortalece sua visão do mundo. O socialismo é a posição teórica [...] da classe antagonista, que remete aos valores “negados” pela ideologia burguesa (a Artigo Germinal: Marxismo e Educação em Debate, Londrina, v. 2, n. 2, p.; ago. 2010 23 solidariedade e a igualdade, a participação popular no governo da sociedade) e delineia estratégias de conquista do poder que insistem sobre as contradições insanáveis da sociedade burguesa (principalmente entre capital e trabalho), delineando uma sociedade “sem classes”. Também a pedagogia se caracteriza segundo estes dois modelos [...]*⁶.

Na passagem do século XIX para o XX, a docência conduziu gradativamente o professor ao status de mestre da arte de ensinar, portador de saberes específicos e de autonomia para estabelecer a sistemática do processo ensino-aprendizagem. É a emergência do professor reflexivo, o qual desenvolve uma “espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva”⁷.

Já dizia Marx: Como o objetivo do capital é a obtenção do lucro, sendo sua lógica a da acumulação desse lucro, o trabalho é tomado como uma mercadoria que é capaz de produzir um valor muito maior do que o que lhe é pago, um valor excedente, uma mais-valia: a produção capitalista não é apenas produção de mercadoria, é essencialmente produção de mais-valia. O trabalhador produz não para si, mas para o capital. Não basta, portanto, que produza em geral. Ele tem de produzir mais-valia. Apenas é produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista ou serve à autovalorização do capital⁸.

O processo educativo é relacional. A todo o momento estabelecemos relações interpessoais com nossos acadêmicos, pois, o professor expõe o conteúdo, questiona, responde, informa, repreende comportamentos inadequados, elogia, critica, valendo-se tanto da linguagem verbal quanto da não verbal. Da mesma forma, os estudantes se comunicam com o docente e com os



colegas em muitos momentos; perguntam, respondem, reclamam, “dizem” algo quando estão distraídos ou mesmo quando se calam⁵.

A qualidade do ensino repousa sobre um tripé formado por: a) Infraestrutura (laboratórios, campos de estágio, biblioteca, pessoal técnico administrativo, extensão e pesquisa, política institucional voltada para o compromisso e para a responsabilidade social); b) corpo docente; c) corpo discente. O somatório desses ingredientes possibilita a construção de um profissional que atenda às expectativas e às necessidades da população⁹.

A falta de exigência de formação pedagógica para o exercício da docência superior possibilita a precarização da formação inicial nesse nível de ensino, pois tão importante quanto o professor dominar os conteúdos em uma área específica é fazer com que eles tenham sentido prático na vida acadêmica dos educandos. É preciso o mesmo se reconhecer como tal e, não caracterizar a profissão docente como secundária¹⁰.

Se os professores não se identificam com o saber educativo, se eles não produzem esse saber, e não o percebem como essencial para o desempenho de sua função docente, este parece ser mais um dos desafios a serem enfrentados pelos cursos de formação de professores: atribuir sentido aos conteúdos pedagógicos, ou seja, romper a visão simplista de que duas ou três disciplinas do currículo são o bastante para preparar o professor para assumir sua tarefa bastante complexa¹¹.

O enfermeiro se torna professor com base em uma perspectiva teórica e científica específica sobre enfermagem, aliada a prática hospitalar. O professor do curso de enfermagem se constitui a partir da teoria/prática de conhecimentos específicos, mas, busca na pedagogia, na educação, construir saberes que o permitam desenvolver a docência¹².

A EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL E A REALIDADE DOS CURSOS DE ENFERMAGEM

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em seu Art. 44, dispõe que a educação superior se dará em cursos nas modalidades: “sequenciais por campo de saber”, destinados a candidatos que atendam a requisitos das Instituições de Ensino Superior (IES); “de graduação”, para candidatos que tenham concluído o Ensino Médio; “de pós-graduação”, nos níveis de mestrado e doutorado, especialização, aperfeiçoamento e outros, destinados a quem tenha obtido diplomas que atendam às exigências específicas de cada um deles; “de extensão”, cujo público-alvo apresente pré-requisitos também estabelecidos pelas IES³.

O Banco chegou a sugerir normas mais “flexibilizadas e requisitos mínimos, a fim de não se gerar barreiras de acesso ao mercado”¹³. Fato este que estimulou a criação universidades privadas de



baixo custo no Brasil, em detrimento das universidades públicas, sendo constituída com currículo mínimo, carga horária reduzida, redução do tempo e formação de acordo com os interesses das novas formas de trabalho não especializado exigido pelo mercado.

O Censo do Ensino Superior, segundo o INEP, mostra que o aumento de matrículas no ensino superior nesse período ocorreu em virtude de debates voltados a implementação de políticas públicas de acessibilidade. A empregabilidade sob o manto que o neoliberalismo carrega a concepção de meritocracia, a qual defende a ideia de que o “mérito”, enquanto título para se obter aprovação, recompensa ou prêmio, é alcançado em virtude do esforço individual.

Entendendo então esse processo histórico, pode-se dizer que desde o governo FHC (a partir de 1995), até os dias atuais, essa compensação vem acontecendo, sendo justificada pela falta de serviços, beneficiando então ao setor privado a possibilidade de explorar o patrimônio público, gerando no mundo e inclusive no Brasil, a ordem em questão: a empregabilidade, que decola com o avanço da tecnologia, utilizada sob a égide do capital. Como contrapartida surgiu então o desemprego e foi preciso convencer os trabalhadores, que só possuem a força de trabalho, para manter a sua existência, fazendo-os acreditarem ser um processo natural. A oferta de vagas pela rede privada de educação investiu mais nos cursos a distância, crescendo consideravelmente.

Por esta razão, é imperativo que o MEC normatize a impropriedade de cursos de graduação à distância na área de saúde e em especial na Enfermagem contribuindo para coibir tal conduta. Em nome da tão buscada autonomia universitária, as instituições privadas de ensino superior promovem um disciplinamento tendente apenas à maximização de lucros em detrimento de uma qualificação voltada à valorização da dignidade do ser humano, como ressalta o parecer jurídico do COFEN sobre esta matéria¹⁴.

Todo esse quadro influenciou o ensino superior no país, onde as universidades federais e os institutos, tiveram o orçamento e investimento intensamente reduzidos a partir de 2016. Em 2017, com o corte, os institutos receberam apenas R\$ 291 milhões. De 2014 a 2017, o investimento por aluno caiu em 24% e a permanência estudantil também sofreu uma queda. Houve também cortes nas bolsas concedidas aos estudantes universitários e para a pós-graduação¹⁵.

O Brasil ainda precisa oportunizar aos brasileiros o pleno acesso à educação em todos os níveis e a Educação à Distância é uma realidade. O curso de Enfermagem, como os demais cursos da área da saúde, certamente não se trata da melhor opção de escolha para ser realizado à distância, por tudo que representa em termos de custo-benefício e por todo o risco que representa para a



incolumidade pública, sendo representada pelo Projeto de Lei-PL 2891/2015, que trata da Proibição do Ensino à Distância na formação de profissionais de Enfermagem.

Não obstante, as ciências da saúde, entre as quais as ciências da Enfermagem exigem outros espaços e técnicas de aprendizagem diferentes, alicerçadas na relação direta insubstituível entre o ser que aprende o ser que ensina e o ser que é objeto direto e imediato do processo ensino aprendizagem: a pessoa em situação de cuidado. Tal relação somente pode ser garantida quando o instrutor que ensina a teoria é o mesmo que acompanha a prática¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de unir a problemática já existente há tempos à realidade de hoje, em relação ao ensino superior, nos leva a versar acerca deste objeto de estudo, já que problemas, antes não resolvidos, hoje se intensificam ainda mais com mudanças no cenário sociopolítico. A educação no ensino superior vai além de transmitir. Encontrarão educandos de características diversas, com bagagens e trajetórias de vida cultural individual.

Neste sentido, diante do quadro nacional, deve-se haver um preparo ainda maior aos profissionais da saúde, em especial da enfermagem, para além do específico. A proposta é fazer com que o professor se envolva e se entregue ao processo de cuidar independente de políticas de educação e desvalorização da classe docente, fazendo este exigir cada vez mais melhorias para sua capacitação no intuito de conseguir formar indivíduos capazes de atender a uma vida de forma crítica, reflexiva e que possa, através de suas vivências, lutar por uma saúde justa e digna.

A aula presencial, a pesquisa, a extensão, não podem diluir-se, simplesmente deixar de existir. Diante dessas situações fica a possibilidade de investigar os docentes que atuam no campo da saúde em nosso município, já que neste, conta com duas universidades que ofertam o curso de bacharel em enfermagem. Como estas instituições formam seu professorado diante de tamanha mudança e frente a um cenário político e social devastador e tão receoso?

Este artigo teve como propósito, promover reflexões acerca da evolução da educação no mundo e no Brasil, com ênfase nos desafios do professorado das ciências da saúde e, suas consequências no ensino superior, na busca incessante de uma formação significativa e intelectual de uma população carente de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

1. Freire P. *Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários a prática pedagógica*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
2. Saviani D. *Histórias das Ideias Pedagógicas no Brasil*. São Paulo: Autores Associados, 2013.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

3. Brasil. Congresso Nacional. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/leiorganicasaude.html>. Acesso em 09 de Maio 2019.
4. Brasil. Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Institui o Programa Universidade para Todos -PROUNI, Brasília, DF, 14 jan. 2005c.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2019.
6. Cambi F. História da Pedagogia. São Paulo: Editora da UNESP, 1999.
7. Dewey J. Como pensamos: como se relaciona o pensamento reflexivo com o processo educativo: uma reexposição. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1959.
8. Marx K. O Capital: Crítica da Economia Política. 7a. ed., Liv. 1, vol. 2. São Paulo: DIFEL, 1982.
9. Demo P. Desafios modernos da educação. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995.
10. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo. Summus, 2012. 2 ed. ISBN - 978-85-323-0641-8.
11. Melo GF. Docência na universidade: em foco os formadores de professores. Didática e docência universitária. Uberlândia: Edufu, 2012. ISBN 878-85-7078-300-4.
12. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem componente do ato pedagógico. São Paulo: Cortez, 2011.
13. Banco Mundial. La enseñanza superior: las lecciones derivadas de la experiencia. [s.n.], 1995: Disponível em <http://www.planejamento.gov.br>. Acesso em 10 de Maio de 2019.
14. Cofen. Recomendação ao MEC que cursos de enfermagem a distância não sejam reconhecidos. 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-recomenda-ao-mec-que-cursos-de-enfermagem-a-distancia-nao-sejam-reconhecidos_17968.html. Acesso em 10 de Maio de 2019.
15. Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná. Cortes orçamentários ameaçam funcionamento das Instituições Federais de Ensino. Notícias Sindicais. Disponível em <http://apufpr.org.br/cortes-orcamentarios-ameacam-funcionamento-das-instituicoesfederais-de-ensino>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

AUTORAS

1. Ana Paula Grapiglia
2. Karla Caroline Araujo Silva.

EIXO II – Educação/formação/produção do conhecimento em enfermagem



REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A DISSEMINAÇÃO DE PRÁTICAS HUMANIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Paula M. De A. Marques¹
Cauê Felipe Pimentel²
Tuani Sachetti³

RESUMO

A violência obstétrica é um tipo de agressão que muitas vezes passa despercebida por suas vítimas ou até mesmo está camuflada em cuidados desnecessários, devido à falta de educação em saúde, as parturientes consideram todo sofrimento normal. Muitas intervenções e procedimentos, comumente realizadas durante o parto nos hospitais, são muitas vezes prejudiciais para o binômio mãe-bebê, entretanto existem muitos métodos pouco disseminados, que possibilitam a humanização do parto. Este estudo objetivou esclarecer os conceitos de violência obstétrica e de parto humanizado, elencando os principais impactos e benefícios ao ciclo gravídico-puerperal. Essa pesquisa tem abordagem qualitativa, sendo baseada em pesquisa bibliográfica de literaturas científicas. Observa-se que grande parte das equipes obstétricas são despreparadas para prestar atendimento humanizado, esse trabalho serviu para disseminar os métodos de humanização do parto, transformando o que poderia se tornar um parto traumático, no momento mais especial, o nascimento do seu filho.

DESCRITORES: Trabalho de parto. Parto humanizado. Violência contra a mulher. Avaliação de resultado de intervenções terapêuticas.

INTRODUÇÃO

Ao receber o resultado reagente do exame de dosagem do hormônio gonadotrofina coriônica humana (BhCG), seja a gravidez planejada ou não, a mulher passa por inúmeras mudanças fisiológicas e emocionais, além de deparar-se com uma infinidade de dúvidas sobre como proceder a partir dali. Tem-se como exemplo as inquietações que recaem sobre o tipo de parto a ser escolhido, visto que as gestantes são, em sua maioria, induzidas a optar pelo parto cesariano já que o parto vaginal é socialmente relacionado à dor e ao sofrimento.

Contudo, poucas mulheres sabem que o trabalho de parto não precisa obrigatoriamente ser um momento de sofrimento e angústia, podendo até ter acesso aos meios de informação, mas não buscam, pois não foram devidamente orientadas e sensibilizadas. A vivência do parto pode e deve ser uma experiência positiva à parturiente pautada em respeito, na dignidade, na alegria e na satisfação de que suas decisões e necessidades serão ponderadas e atendidas, desde que não haja riscos reais a parturiente e ao neonato.

Embora o parto seja um processo natural, desejado pelo seio familiar e ocorra desde os primórdios da humanidade, a sua dinâmica não é compreendida por grande parte da população, tal afirmação parte da constatação de que muitas parturientes acreditam que o sofrimento faz parte do processo, e muitos profissionais passaram então a vender cesárea como uma salvação para esse “sofrimento”, e as mulheres pararam de enxergar o parto normal como processo natural mas sim como anormal, o que demonstra que o conceito de parto é intimamente ligado a uma cultura patriarcal e capitalista. Este conceito está longe de ser superado ou considerado como parto ideal e,



por consequência, muitas mulheres são acometidas por grandes traumas psicológicos que alteram sua interação familiar e social, dando origem a diversas doenças psiquiátricas como é o caso da depressão pós-parto.

Percebe-se a existência de muitas lacunas nas concepções em torno das práticas realizadas durante o trabalho de parto e que, por sua vez, podem ser consideradas corretas ou inadequadas, sendo que esta última é marcada por condutas que resultam em violência obstétrica. Isso explicita a necessidade de divulgação de questões relacionadas a esta temática, bem como salienta a relevância da realização desta pesquisa que resultou na disseminação de informações quanto ao parto humanizado e esclarecimento do que é e quais são os tipos de violências obstétricas sofridas durante o pré-natal, parto e o pós-parto.

Algumas indagações surgem devido à pertinência das intervenções médicas comumente realizadas durante processo natural do parto e que, indiscriminadamente, fundamentam-se na tentativa de garantir a conservação da saúde do binômio mãe-bebê. Várias pesquisas científicas mostram que muitas das intervenções praticadas atualmente no parto normal são, na verdade, desnecessárias e prejudiciais, sendo de fato realizadas para abreviar o trabalho de parto.

Frente a realidade acima mencionada surgem as seguintes questões norteadoras: Mesmo com os avanços ocorridos com a humanização do parto por que as intervenções que promovem violência obstétrica ainda são praticadas? E quais são os impactos psicossociais gerados pelas violências obstétricas as mães no pós-parto?

OBJETIVO

Com intuito de responder estas indagações, este estudo objetivou realizar a reflexão acerca da violência obstétrica destacando os principais tipos de violência sofrida pelas gestantes, e apontar os benefícios do parto humanizado para mulheres e neonatos. Os objetivos específicos visaram: levantar os principais conceitos de violência contra a mulher e violência obstétrica, evidenciar os impactos psicossociais da violência obstétrica, e, por fim, identificar os métodos que efetivam o parto humanizado e enfraquecem o senso comum acerca da relação socialmente estabelecida entre o parto e o sofrimento.

MÉTODO

A realização deste estudo tem como base a revisão de literaturas publicadas e que oportunizaram reflexões sobre o tema escolhido. Sabe-se que toda produção científica é realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica, pois permite ao pesquisador estabelecer contato com as percepções teóricas imprescindíveis a compreensão do objeto de pesquisa.



As referências utilizadas no embasamento teórico estavam disponibilizadas em suportes escritos e eletrônicos dos periódicos científicos: Scielo, Lilacs, Medline e BDENF. As palavras-chave utilizadas foram: violência obstétrica e parto humanizado. O período escolhido para a busca dos artigos compreendeu 2012 a 2019. Os critérios de inclusão foram os artigos estarem disponíveis em texto completo e em português, além da palavra-chave estar presente no título. Já os critérios de exclusão foram a não conformidade com os critérios de inclusão. Foram evidenciados 56 artigos para o desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADOS

Ao longo da história da humanidade, a mulher tem sido vítima de violência praticada em todos os setores da sociedade. Os impactos resultantes das diferentes formas de violência incidem de maneira avassaladora sobre a vida cotidiana das mulheres e, por muitos teóricos, a violência é caracterizada como verbal, emocional, psicológica, moral, física, sexual, doméstica, patrimonial, obstétrica, dentre tantas outras (1, 2).

A violência não ocorre contra um grupo específico, pois alcança mulheres de diferentes “classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em [...] diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social” (1). Frente a este cenário, diversos dispositivos legais foram sancionados e promulgados com intuito assegurar a mulher o direito de enfrentamento as diferentes formas de violência. O Artigo 1º do Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, traz a seguinte definição de violência contra a mulher:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada 3

No contexto da obstetrícia brasileira, a violência praticada pelos profissionais de saúde começou a ser problematizada a partir de dispositivos legais que amparavam as mulheres e lhes asseguram o direito de protocolizar processos de denúncia ou reclamação de condutas caracterizadas como ‘desrespeitosas ou grosseiras’, as práticas e os procedimentos inadequados e desnecessários praticados pelos profissionais da saúde no atendimento da gestante, do neonato e seus familiares durante a realização do pré-natal, do parto e do pós-parto (2, 4). O conceito de violência obstétrica associa-se diretamente com:

A negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica [...] o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo



grávidico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher (2).

Ao considerar estes fatores, percebe-se a importância de se investir em educação em saúde a fim de que seja oportunizado a todas as mulheres uma adequada compreensão de seus direitos quanto a sua integridade física e emocional, bem como atue em prol a minimização das desigualdades e superioridades estabelecidas entre os gêneros e que haja reconhecimento da função social da mulher. Teóricos ressaltam que as violências obstétricas efluem das relações de poder estabelecidas pelo sistema patriarcado e capitalismo que, por meio das práticas profissionais, tornam o corpo feminino um objeto frente aos seus interesses e o parto uma mercadoria rentável (5).

Antigamente os partos ocorriam, em grande parte, nas residências com o auxílio de parteiras tradicionais que assistiam e conduziam o trabalho de parto vaginal até o nascimento do neonato sem qualquer tipo intervenção. Contudo, houve significativas mudanças em torno da realização do parto em decorrência dos avanços alcançados no campo da medicina obstétrica e a expansão do acesso aos serviços de saúde em ambientes hospitalares, públicos ou privados. Tem-se com estas mudanças a desnaturalização do parto vaginal e o aumento de partos cesarianos (4, 6).

Frente a isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou que as taxas cesarianas não deveriam ultrapassar de 10 a 15% do total de nascimentos. No entanto, no Brasil a taxa de cesarianas excede o limite determinado pela OMS e, em sua maioria, este fato decorre de orientações médicas e do fato de que há uma construção social que diz que o parto vaginal é um momento de profundo sofrimento e isso anula a qualquer possibilidade de se ter uma boa vivência deste parto (4, 7).

Aspectos associados à cultura e a prática de uma medicina desumana determinam que o parto vaginal é uma experiência dolorosa e de muito sofrimento se comparado ao cesariano. Contudo, é negada a sociedade a informações de que as cirurgias cesarianas desnecessárias e a própria conduta dos profissionais de saúde e os procedimentos por eles utilizados são responsáveis pela morte de milhares de mães e bebês, que são vitimados por alguma violência física e/ou moral (8).

É válido destacar que aqueles que definem a concepção de parto, obstetras-ginecologistas, são os mesmos que por diferentes razões defendem uma visão crítica construída durante sua formação e suas práticas denotam que a percepção de si está alicerçada na superioridade e onisciência. Na Argentina e Venezuela a concepção de violência obstétrica é apresentada como sendo:

A apropriação do corpo e de processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidades, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (7).

Observa-se que o aumento do número de cesarianas tem relação direta com a disseminação da violência obstétrica. Enquanto hospitais, médicos e a equipe de enfermagem não renunciar o uso

e o abuso de medicamentos, instrumentos e procedimentos durante o trabalho de parto e passar a discutir e disseminar práticas alternativas não se efetivará a humanização do parto.

Ao fazer levantamento de diversas pesquisas sobre a violência obstétrica e os procedimentos invasivos executados, observou-se que a prática de alguns procedimentos além de provocar dor e sofrimento também dão origem às intercorrências que afetam mãe e filho. A seguir estão listados alguns procedimentos que realizados em parturientes e neonatos que apresentam parto e nascimento de baixo risco se mantendo dentro dos limites da normalidade e não haja indicação clínica que justifique o emprego dos mesmos e se não seguirem o princípio ético da não maleficência, se caracterizam como invasivos, desnecessários e prejudiciais à saúde dos mesmos e podem resultar na transgressão das políticas de humanização (9, 10, 11, 12).

A recusa de atendimento é uma violência, pois embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição, deve-se encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar para casa, considerando suas preocupações; O enema bem como a tricotomia pubiana e perineal não devem ser realizado de forma rotineira; Toques vaginais sucessivos desnecessários geram edema de colo uterino e isso prejudica a dilatação; Procedimentos médicos coercivos ou não consentidos e a não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos também se classificam como violência obstétrica (9, 7).

Não deve-se recusar a administração de analgésicos, só a solicitação materna por analgesia de parto já é indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação; A imposição da posição litotômica para parir não deve ocorrer, as mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios; A episiotomia não deve ser realizada de rotina durante o parto vaginal espontâneo, se for realizada, a sua indicação deve ser justificada (9, 7).

A administração de ocitocina sintética não é recomendada de rotina pois seu efeito pode não ser controlado; Não se recomenda infusão intravenosa de medicamentos e/ou soro de rotina em trabalho de parto; A realização de amniotomia associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem; Aplicação da manobra de Kristeller não deve ser realizada, principalmente no segundo período do trabalho de parto. Os puxos dirigidos e prolongados são prejudiciais durante o período expulsivo (9, 7).

O clampeamento e secção precoce do cordão umbilical não deve ser realizado antes de 1 minuto após o nascimento ou até cessar pulso, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal; Durante o reparo perineal após laceração ou episiotomia, caso a mulher relate dor, a qualquer momento, considerar e imediatamente providenciar método mais eficaz de alívio da dor; Caso o neonato seja retirado e levado para longe da mãe para ser aspirado e limpo, ocorreu a privação de um direito essencial, além da aspiração orofaríngea e nasofaríngea sistemática do recém-nascido não ser recomendada, deve-se evitar a separação mãe-filho para realizar teste de Apgar e medidas antropométricas na primeira hora após o nascimento, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido ^(9, 7).

Outras ocorrências também contribuem com o surgimento de transtornos emocionais que, em alguns casos, necessitam de tratamentos realizados a longo para reverter seus impactos. Neste sentido, se destacam a proibição da presença do acompanhante, a restrição de líquidos e dieta, o afastamento do bebê após o parto, a falta de confidencialidade e, principalmente, uso de linguagem ofensiva desencadeiam sentimentos de angústia, medo e constrangimento, ficando suscetíveis a desenvolver quadros depressivos como distúrbio do sono, transtorno de pânico, ansiedade, fobias, resistência ou rejeição ao bebê e suas necessidades, assim como dificuldades em criar vínculo afetivo com o mesmo e outros ^(9, 13, 14).

Ofensa verbal, apelidos grosseiros, piadas, gritos, ameaças, proibição acintosa contra a manifestação de emoções, rígida contenção de movimentos por tempo prolongado, exposição ao ridículo, humilhação intencional e todo tipo de atitude torpe contra o ser humano ⁽¹³⁾.

Estas práticas promovem uma desvalorização dos direitos humanos por meio da violência contra a mulher durante o parto e geram inseguranças quanto o atendimento das necessidades e o respeito à integridade física e emocional da parturiente e do neonato ⁽¹⁴⁾.

Neste intuito, a equipe pré-natalista deve obrigatoriamente fornecer informações sobre as fases da gestação, as etapas e os procedimentos que serão realizados durante o trabalho de parto e o parto, bem como esclarecer as dúvidas que porventura às parturientes e/ou seu acompanhante possam ter. A ausência ou omissão de informações e esclarecimentos se constitui violência institucional ⁽¹⁵⁾.

A humanização do parto passou, a partir de então, a assegurar à parturiente e seu acompanhante atendimento adequado às suas necessidades fundamentais, demonstrando qualidade do atendimento e respeito à subjetividade de cada mulher e suas decisões pertinentes a escolha do

parto. Partindo do respeito e da dignidade humana, buscando propiciar à mulher a vivência de uma experiência única e benéfica à criação e fortalecimento do vínculo materno e familiar, pois entende que o parto é um momento único na vida de uma mulher e, portanto, carece de assistência especializada capaz de promover o acolhimento.

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados ⁽⁹⁾

Contudo, percebe-se um aumento indiscriminado de cirurgia cesariana em instituições privadas, mesmo em situações em que os riscos são inexistentes, o que evidencia uma nova construção social em relação ao conceito de parto, agora pautado na promessa de um processo rápido e teoricamente indolor, porém após cessar a anestesia desperta-se a dor, sendo essa com duração maior, diferente do vivenciado no parto vaginal ^(4,6).

DISCUSSÃO

Os profissionais da saúde devem adotar uma postura adequada no atendimento das necessidades das gestantes de modo a assegurar o direito de manifestação de seus anseios, suas dúvidas e sua dor. Nesta perspectiva, não pode ocorrer à desvalorização ou banalização da fala da parturiente durante o parto. Muitas mulheres desenvolvem receio de formalizar denúncia da conduta inadequada de alguns profissionais, pois entendem que estando sob seus cuidados podem sofrer retaliações que lhes causará danos, por vezes, irreversíveis. Fora isso, existe o desconhecimento acerca de seus direitos e quais condutas e procedimentos se caracterizam como violência obstétrica ^(4,12).

As consequências emocionais das diversas modalidades de violência acarretadas a uma gestante podem ser intensas e complexas provocando uma piora no seu quadro clínico e desencadeando transtornos físicos e emocionais. A superação destes problemas requer a utilização de uma abordagem multidisciplinar a fim de garantir uma assistência integral. É nesse quadro que as tentativas de definir e especificar a violência obstétrica deve ser entendida, a fim de elaborar planos e programas que busquem reduzir ou eliminar.

A criação de políticas e programas direcionados a humanização determinaram novas configurações quanto às práticas, as relações e a realização de inúmeros procedimentos. Os benefícios do parto natural passaram a refletir não só sobre a recuperação da mulher mais também na redução dos riscos de infecção no período pós-parto. Além disso, exerce efeitos positivos em relação à amamentação e a criação de vínculo entre mãe e bebê ⁽⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo, ficou evidente que a negligência, a discriminação e as diferentes formas de violências contra a mulher praticadas pelos profissionais da saúde, em especial a obstetria, são



responsáveis pelo surgimento ou agravamento de transtornos psicológicos, comportamentais e sociais que afetam o binômio mãe-bebê e demais familiares.

Uma das contribuições deste estudo consistiu em mostrar cientificamente que a gestante tem o direito de ser orientada de forma clara e objetiva durante o pré-natal, para que no momento do trabalho de parto a mesma esteja empoderada, e possa ser a protagonista durante a concepção do seu filho, tendo ciência de que quem faz o parto é ela, ela que toma as decisões, ela que escolhe o jeito e a posição que irá parir, estando os profissionais ali apenas para ampará-la e auxiliá-la.

Para consolidar estas considerações finais, foram avaliadas as respostas para a pergunta aberta na introdução sobre como ainda existe a prática de intervenções e procedimentos que culminam em violência obstétrica, mesmo com as políticas crescentes de humanização do parto, e, de forma geral, verificou-se que a impaciência por parte dos profissionais em conjunto com a visão do parto como mercadoria, prolonga o uso de intervenções para acelerá-lo.

Ao avaliar os as definições e benefícios do parto humanizado, pôde-se concluir que o cuidado humanista e empático, é totalmente tangível, pois graças à implementação da Rede Cegonha, foi possível prestar uma assistência de qualidade, pois tanto as unidades de atenção básica e hospitais tem capacidade e estrutura para desempenhar a assistência pré-natalista e obstétrica baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Ainda que se tenha obtido uma amostra expressiva de referências bibliográficas favoráveis à humanização do parto e avessos a violência obstétrica, recentemente foi percebido grande limitação por parte do Ministério da Saúde (MS), onde no dia 3 de Maio de 2019, a Secretaria de Atenção à Saúde liberou um despacho informando que realizaria ações voltadas a abolir o uso da expressão violência obstétrica, essa ação se deu em resposta a um parecer do Conselho Federal de Medicina, onde diz que a expressão violência obstétrica se volta contra os médicos obstetras e ginecologistas.

Em resposta ao MS o Ministério Público Federal (MPF) advertiu ao mesmo que mantenha o termo Violência Obstétrica, adote ações positivas, que reconheçam a ocorrência de violência física, verbal e maus tratos durante o parto, independente da intencionalidade do profissional em causar dano, pois o termo já é consagrado em documentos científicos, legais e empregado comumente pela sociedade civil, ainda mencionou que a expressão pode ser usada pelos profissionais de saúde. O MPF apontou que existem mais de 2000 páginas e 40 anexos de um inquérito com relato de denúncias de violência obstétrica, sendo assim, percebe-se que ainda existe um longo percurso até que se diminua o senso comum acerca da relação socialmente estabelecida entre o parto e o sofrimento.

Se a educação em saúde é um fator crucial para a evolução do parto humanizado, face às diferentes deficiências da atenção básica em orientar e promover esclarecimentos a essas gestantes durante o pré-natal, seria interessante em um estudo posterior ser considerada a necessidade de divulgação das políticas públicas, para possibilitar que as preconizações do MS como por exemplo o 8º dos “Dez Passos para o Pré-natal de

Qualidade na Atenção Básica”, que orienta os profissionais a “Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do Plano de Parto”⁽¹⁵⁾, informações como estas devem ser conhecidas e colocadas em prática pelos pré-natalistas, para que assim, efetivamente ocorra um parto em que a mulher seja a protagonista.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2005; 163p.
- ² Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2016 Mar [Acesso em 2019 Abril 09] ; 16(1): 29-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en
- ³ Brasil. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a Mulher. Brasília: 1996.
- ⁴ Brandt GP, Souza SJP, Migoto MT, Weigert SP. Violência Obstétrica: a verdadeira dor do parto. In: Revista Gestão & Saúde, v.19, n.1, p. 19-37, 2018; [Acesso em 2019 Maio 04] Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>>
- ⁵ Amaral APM, Amorim ECR. A Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha – como fruto dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil e sua condenação pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos. In: Justiça Direito, v.29, n.2, p.179-197, maio/ago. 2015. [Acesso em 2019 Maio 05] Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rjd/article/view/5586/3801> .
- ⁶ Loyola MA. Saúde da Mulher e do recém-nascido. Montes Claros –MG: Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, 2015.
- ⁷ Ciello C et. al. (Colaboradores). Dossiê Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012; 188p. [Acesso em 2019 Maio 08] Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.
- ⁸ Organização Mundial Da Saúde - OMS. (2011) Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- ⁹ Brasil. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il.
- ¹⁰ Lowdermilk, DL et. al. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ¹¹ Vieira DR, Apolinário JA. A Violência Obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da Rede Pública de Saúde do Município de Lins. [Monografia] São Paulo: Centro Univ. Cat. Salesiano Auxilium, Lins, 2017.
- ¹² Rocha MJ, Grisi EP. Violência Obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. In: Id on Line Rev. Mult. Psic, v.11, n.38, 2017. [Acesso em 2019 Maio 10] . Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>>.
- ¹³ Portela ARP; Silva EN. A psicologia dialogando com a violência obstétrica e o direito da mulher: uma revisão bibliográfica. In: V Seminário Internacional Entrelaçando Sexualidades – 10 anos, 2017. [Acesso em 2019 Maio 10] . Disponível em:



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

<https://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD1_SA2_ID731_18062017030922.pdf>.

¹⁴ Nogueira BC. Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região. [Monografia] São Paulo: Faculdade de Direito de Ribeirão Preto/USP; 2015.

¹⁵ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

AUTORES

1. Acadêmica o décimo semestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Sobral Pinto (UNIC). Rondonópolis, MT. E-mail: paula_marques87@hotmail.com
2. Enfermeiro. Mestrando em Gestão e Tecnologia Ambiental – UFMT. Docente no curso de enfermagem UNIC. Rondonópolis, MT.
3. Enfermeira. Rondonópolis, MT.

EIXO IV: História/movimentos sociais, políticas de saúde e de enfermagem



TRABALHOS PREMIADOS

RESUMOS E ARTIGOS CIENTÍFICOS - CUIABÁ/MT

1ª Lugar

Resumo

VALIDAÇÃO DE PERFIL DE COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO EDUCACIONAL.

Autores: Andreia Correia de Souza Cioffi, Mara Regina Rosa Ribeiro, Juarez Coimbra Ormonde Junior, Thays Berto Gindri, Daiana Vendramel da Costa, Juliana de Melo Ferreira.

Artigo Científicos

VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS EX-AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO SOBRE A TRANSIÇÃO PROFISSIONAL

Autores: Daianny Soares Teles, Edario Valentim Pardal dos Santos, Joce Karla dos Santos Ferreira, Michelly Kim de Oliveira Rosa Guimarães, Wellyton Lemes da Silv

2º Lugar

Resumo

PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTO EM REGIÕES DE GRANDE PRODUÇÃO AGRÍCOLA EM MATO GROSSO" das

Autoras: Mariana Rosa Soares, Lúbia Maieles Gomes Machado

Artigo Científico

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Autores: Fabiane Verônica da Silva, Bárbara Maria Antunes Barroso, Andrews Cristhian Linhares Andrade, Vitória Regina Lobo Falcão, Thaís Pedroso Martins Souza, Luiz Eduardo Batista Monteiro.

3º Lugar

Resumo

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Autores: Fabiane Verônica da Silva, Bárbara Maria Antunes Barroso, Andrews Cristhian Linhares Andrade, Vitória Regina Lobo Falcão, Thaís Pedroso Martins Souza, Luiz Eduardo Batista Monteiro.

Artigo Científico

CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PARA AVALIAÇÃO DE CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Autores: Suellen Florêncio da Silva, Rosângela de Oliveira, Rosa Maria Bottosso.



II SEMANA INTEGRADA DE ENFERMAGEM EM MATO GROSSO
80ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA ABEN-Nacional
Os desafios da enfermagem para a prática com equidade
7ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO COREN-MT
Enfermagem, uma voz para liderar. Saúde para todo



ANAIS ISSN 2177-563X

RESUMOS PREMIADOS - RONDONÓPOLIS/MT

1º Lugar

USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

Autor: Luiz Barros Weber

2º Lugar

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NA GESTÃO DO CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER COLORRETAL.

Autora: Aline Roberta Lima Nishimura Aiko

3º Lugar

PREVALÊNCIA DE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL EM RONDONÓPOLIS-MT ANO 2009-2018.

Autora: Salete Barbosa dos Santos

REGISTROS FOTOGRÁFICOS: uma parcela das equipes de trabalho



Equipe organizadora do evento em Rondonópolis



Estudantes de Enfermagem

Programa de Monitoria Estudantil Voluntária da ABEN-MT, Rondonópolis-MT



Estudantes de Enfermagem

Programa de Monitoria Estudantil Voluntária da ABEn/MT Cuiabá-MT