



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
O ESTIGMA INTERNALIZADO NOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) QUE PARTICIPAM DO GRUPO SOCIALIZAÇÃO DO CAPS A.D. DE PONTA GROSSA/PARANÁ NO ANO DE 2017.	6
O DECLÍNIO DA FUNÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO DA MULHER	9
A HORTICULTURA COMO RECURSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES DO CAPSAD DE PONTA GROSSA	12
GRUPO SOCIALIZAÇÃO: NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO CAPS AD DE PONTA GROSSA - PARANÁ.	14
OFICINA TERAPÊUTICA BORDANDO A VIDA	17
RODA DE CONVERSA NA UNIDADE PEDIÁTRICA: O USO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA	18
PERCEPÇÃO DA IDOSA SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL	20
IMPACTOS DA CRISE HÍDRICA NA SAÚDE PÚBLICA E A REEMERGÊNCIA DAS DOENÇAS RELACIONADAS À ESCASSEZ DE ÁGUA NA BAHIA	23
SEXUALIDADE, RELIGIÃO E SUAS RELAÇÕES COM O ENVELHECIMENTO DA MULHER	26
PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEXUALIDADE APÓS O ENVELHECIMENTO	29
A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ATRAVÉS DA INTERSETORIALIDADE	32
OS IMPACTOS DAS RELAÇÕES FAMILIARES NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES APÓS O ENVELHECIMENTO	35
NÍVEL DE DEPRESSÃO E RISCO SUICIDÁRIO EM JOVENS ESTUDANTES PORTUGUESES	38
A COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C EM MANAUS- AM	41
CONDIÇÕES BIOMECÂNICAS DE TRABALHO NAS CERÂMICAS E OLARIAS DA SERRA GAÚCHA	44



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM GRUPO TERAPÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	47
QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	50
SENTIDOS DA DEFICIÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	53
CONTRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICO PARA O AUMENTO DAS TAXAS DE PARTOS NORMAIS NO HOSPITAL PARTICULAR FRANCISCO MAGALHÃES, VINCULADO AO SUS NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL-PA.	56
EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PEDIÁTRICO COM LEISHMANIOSE VISCERAL.	59
COMPORTAMENTO GOVERNADO POR REGRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO	62
A DOENÇA MENTAL NA FAMÍLIA: SIGNIFICADOS E RECURSOS ADAPTATIVOS NO CUIDAR	65
O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS ACERCA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS	68
GRÁVIDAS NA COZINHA PROMOVEDO SAÚDE	71
OCORRÊNCIA DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT) EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SANTARÉM – PARÁ	74
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UM PACIENTE COM TUBERCULOSE	77
PRÁTICAS ACADÊMICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM HERPES ZOSTER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	80
A LGUMAS POSSIBILIDADES PARA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	83
O ACOLHIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO ACOMPANHANTE DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	86
APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO	89
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE COARI ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	92



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GRUPO DE APOIO TERAPÊUTICO E OFICINAS TERAPÊUTICAS COMO EQUIPAMENTOS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	95
COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: BASES PARA INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM.	98
OS FAMILIARES COMO PROTAGONISTAS NO CUIDAR DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: ADAPTAÇÃO E DESAFIOS	101
PRÁTICAS E DESAFIOS DO PROCESSO CUIDATIVO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISÃO INTEGRATIVA	104
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL	107
A UTILIZAÇÃO DA ELETROMIOGRAFIA LOMBAR PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DE PRODUTORES RURAIS COM A ATIVIDADE LEITEIRA	110
PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS	113
A PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV SOBRE UMA FUTURA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	116
PROJETO PARTEJAR: PRODUZINDO CUIDADO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA A GESTANTES E BEBÊS	119
HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTES RENAL CRÔNICO: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA	122
PERFIL DAS PRESCRIÇÕES DE ANTIMICROBIANOS ATENDIDAS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2017 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BOA VISTA - SERRA	125
DEFINIÇÃO DO FLUXO DA REDE DE TRATAMENTO À TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA/MG	128
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A RECÉM-NASCIDO COM GASTROSQUISE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	130
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS CADASTRADOS NA ESF TORÍBIO VERÍSSIMO DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA ATENDIDOS COM O MÉTODO CENTRADO NA PESSOA	133
APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NEONATO PREMATURO	136



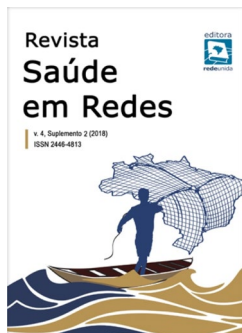
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM MENOR COM SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI TIPO II	139
A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO ÉTICO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELÉM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	142
ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA	145
TENSÕES ENTRE DIFERENTES MODELOS DE CUIDADO NA OBSTETRÍCIA: O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS DOULAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HOSPITALAR?	148
RELATO DAS PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE DISCENTES NO ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL NAS CLÍNICAS DE UM HOSPITAL EM UMA REGIÃO NA AMAZÔNIA	151
ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.	154
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CAMPO FECHADO: A HORA DE SENTIR MEDO	157
FALTA DE MEDICAÇÃO PARA O CONTROLE DOS EFEITOS ADVERSOS DECORRENTES DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	159
FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ACADÊMICOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO OESTE DO PARÁ	162
PREVALÊNCIA DE SOBREPESO/OBESIDADE, E SUA RELAÇÃO COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL, EM FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA EM SANTARÉM- PA	165
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE CONSUMO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE GERONTOLÓGICOS NA CIDADE DE MANAUS, AM	168
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA ATIVIDADE EDUCATIVA	170
PRÁTICAS DE PUERICULTURA COM COMUNIDADE DE HAITIANOS NO SUL DO BRASIL: DESAFIOS E SUPERAÇÃO	173
TÍTULO: CAMINHADA QUE SE FAZ COM O OUTRO AO MERGULHAR E CAMINHAR NO TERRITÓRIO SUBTÍTULO: RELATO DE UMA ARTICULADORA SOCIAL DO PROJETO REDES MULHER 3º CICLO - FIOCRUZ - SENAD	176
ESTIMATIVA DA EFETIVIDADE DA VACINAÇÃO DA COQUELUCHE ANTENATAL UM ESTUDO PRELIMINAR	179



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: DESENVOLVIMENTO DE CHECK LIST ASSISTENCIAL	182
SAÚDE DE QUEM CUIDA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM GRUPO TERAPÊUTICO NA COMUNIDADE AMARANTINA DO CEARÁ	185
PROJETO EDUCA-ART SAÚDE PROMOVENDO SAÚDE E APOIO ÀS MULHERES DA CASA ROSA ATRAVÉS DA ARTETERAPIA	188
PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO RENAL EM SERVIDORES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR NO OESTE DO PARÁ E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NESSE CONTEXTO	191
PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR DA AMAZÔNIA	194
VISITA TÉCNICA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO ARQUIPÉLAGO DO COMBÚ/BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	197
“A PRIMEIRA IMPRESSÃO É A QUE FICA”: CAMINHOS PARA O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	200
“NÓS, PROFISSIONAIS DOS VÍNCULOS, TRABALHADORES DA VIDA”: REORGANIZANDO O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	203
ATITUDES E SENTIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZARAM PARTO DOMICILIAR EM MANAUS - AM	206
A ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AO DEFICIENTE AUDITIVO	209



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O ESTIGMA INTERNALIZADO NOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) QUE PARTICIPAM DO GRUPO SOCIALIZAÇÃO DO CAPS A.D. DE PONTA GROSSA/ PARANÁ NO ANO DE 2017.

Angelita Aparecida Bornancin

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe a criação dos serviços substitutivos ao modelo “Hospitalocêntrico” (onde a única modalidade de tratamento era a internação prolongada e o uso de medicação). A partir daí, origina-se as Leis que garantem os direitos das pessoas com transtorno mental e reorganiza toda a gestão da Saúde Mental do país: Lei nº 10.216 de abril de 2001, a Portaria/ GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que define e estabelece diretrizes para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS têm como característica buscar a reabilitação psicossocial de seus usuários no território e comunidade onde constrói suas vidas. O CAPS AD oferece atendimento para pessoas com transtorno decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas. O CAPS AD de Ponta Grossa/PR, iniciou suas atividades em 04 de abril de 2004 e oferece atendimento individual e em grupo, acolhimento diurno, visita domiciliar, acompanhamento familiar e consulta psiquiátrica para quem mediante avaliação da Miniequipe de Referência Territorial e conste no Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído junto com o sujeito.

O uso abusivo ou dependência de Substâncias Psicoativas (SPA) além dos comprometimentos clínicos pode estar associado ao prejuízo na vida social, levando ao abandono, rupturas dos laços afetivos e conflitos com sua rede de apoio devido ao preconceito e estigma que sofrem e internalizam.

O estigma é uma construção social que representa uma marca, na qual o seu portador possui um status de desvalorização em relação aos outros membros da sociedade, o que pode gerar consequências como perda da autoestima, isolamento social e influenciam negativamente no tratamento dos usuários de drogas. A apreensão do estigma ocorre à medida que o usuário se torna consciente das visões negativas que a sociedade tem sobre o uso de SPA. Essa apreensão pode desestimulá-lo a buscar serviços de tratamento na tentativa de evitar que ele seja incluído como membro de um grupo estigmatizado. Face a isso os usuários podem passar a aceitar e concordar com essa visão negativa e discriminatória da sociedade e aplicar os estereótipos negativos a si mesmo, o que caracteriza o estigma internalizado

O desejo de pesquisar sobre o tema Estigma Internalizado e uso de SPA surgiu de inquietações que permeiam a nossa prática profissional, como integrantes da Equipe Interdisciplinar, formada 16 Terapeutas do CAPS Ad Belas Tardes em Ponta Grossa/PR, sendo que entre esses profissionais, duas Assistentes Sociais, uma enfermeira, uma Educadora Física e uma Psicóloga elaboraram este Projeto de Pesquisa.

Através da nossa prática profissional começamos a refletir quais são os impactos negativos que o estigma internalizado causa na vida social, familiar e na adesão ao tratamento dos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

usuários de SPA, como ocorre essas relações e como nós profissionais do CAPS A D poderemos intervir nesse processo.

A elaboração deste projeto justifica-se na busca conhecer a relação uso de SPA e o estigma internalizado nos pacientes que participam do grupo Socialização do CAPS A.D., pois é através deste conhecimento que poderemos propor ações que venham subsidiar a prática profissional junto aos sujeitos pesquisados.

Acredita-se que, a pesquisa é um instrumento de avanço e qualificação profissional, pois é através dela que se adquire conhecimento aproximado da realidade, produz informações e saberes que vão subsidiar a intervenção profissional.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:

METODOLOGIA:

Para atingirmos os objetivos desta pesquisa, adotamos uma metodologia que considera o universo qualitativo dos sujeitos, para analisar e compreender os valores, opiniões, contradições e significados presentes no contexto histórico e que permeiam o objeto em estudo.

A pesquisa quantitativa será utilizada para conhecer a escala de estigma internalizado nos usuários de SPA pesquisados. Dessa forma faremos o uso de dados qualitativos e quantitativos, pois eles se complementam

Utilizaremos para leitura da realidade o Método Dialético, pois este método nos auxiliará a entender a relação uso de SPA e o estigma internalizado nos pacientes que participam do grupo Socialização do CAPS A.D. Ponta Grossa / PR, pois esta é uma questão que sofre influência do contexto histórico, cultural e social.

Os instrumentais adotados para a elaboração da pesquisa serão descritos a seguir:

A Revisão Bibliográfica, pois nos permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de conhecimento.

Para avaliar o estigma internalizado nos pacientes que participam do Grupo Socialização aplicamos a escala ISMI-BR – Versão Brasileira da Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental adaptado para Dependentes de Substâncias.

Para a aplicação do Questionário, esclareceremos qual o objetivo da Pesquisa, solicitamos permissão para responderem.

Buscamos entrevistar também um profissional de cada categoria profissional que trabalha na Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende os pacientes que tiverem a maior escala de estigma internalizado.

Questionário para profissionais da UBS.

1 – Quais são suas crenças sobre os dependentes de drogas?

- Você acredita que os dependentes de drogas são fracos, sujos, imorais e perigosos?

- Você acredita que você é uma pessoa superior por não ser um dependente de drogas?

2 – Você considera o uso de algumas drogas como mais aceitáveis que outras?

- Você acredita que o dependente de drogas ilícitas é pior que a dependência de drogas lícitas?



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

- 3 – Você acredita que algumas pessoas não podem ser ajudadas?
- Você acredita que algumas pessoas estão condenadas a serem dependentes para o resto da vida?
- 4- Você acredita que algumas abordagens de tratamento são melhores do que outras?
- Você acredita que a abstinência é a única forma de recuperação de dependentes de drogas?
- Você acredita no trabalho que você realiza com os dependentes de drogas?

Aplicamos também um questionário nas famílias dos pacientes que tiveram a maior escala de estigma internalizado.

Questionário a família:

- 1- Quais as crenças que a família possui sobre o uso de SPA?
- 2- A família considera que a dependência química tem tratamento?

RESULTADOS E IMPACTOS

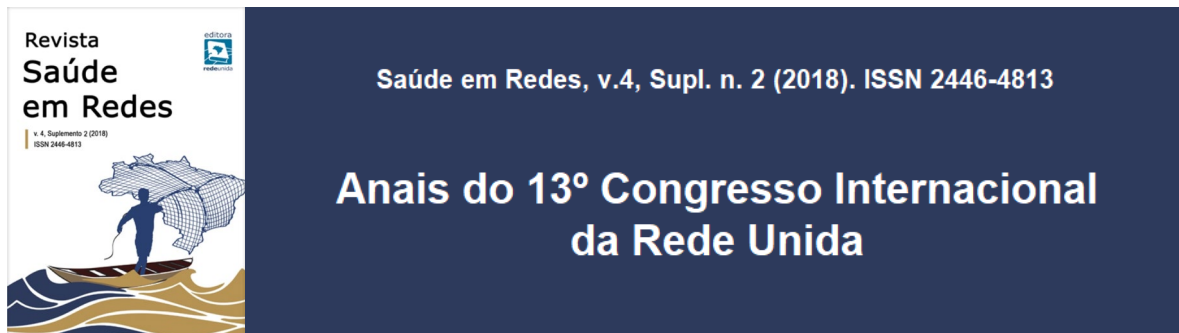
- Maior aproximação da realidade dos pacientes que participam do Grupo Socialização do CAPS AD de Ponta Grossa.
- Formulação de novas estratégias de intervenção profissional na relação uso de SPA e estigma internalizado. Começamos a fomentar essa discussão nos grupos de pacientes, familiares e nas Unidades Básicas de Saúde durante a discussão de casos.
- Percebemos que existe a relação uso de SPA e estigma internalizado nos pacientes que participam do Grupo Socialização do CAPS AD de Ponta Grossa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se, portanto que: a relação uso de SPA e estigma internalizado é uma questão complexa e que necessita ser pesquisada e de intervenções profissionais, pois também interfere na adesão ao tratamento, dificultando a reabilitação psicossocial dos sujeitos no território onde eles constroem suas vidas.

Sendo necessário também estratégias de intervenção que estimule o empoderamento dos usuários de SPA, onde esses se vejam como cidadão portadores de direitos e autoestima.

Palavras-chave: CAPS; drogas; estigma.



O DECLÍNIO DA FUNÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO DA MULHER

Elaine Santos da Silva, Cinoélia Leal de Souza, Vanda Santana Gomes, Roberta Lopes da Silva, Núbia Rêgo Santos, Ane Caroline Donato Vianna, Leandro da Silva Paudarco, Daniela Teixeira de Souza Moreira

Apresentação: o crescimento da população idosa mundial vem sendo observado ao longo dos últimos anos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e, em 1998, quase cinco décadas depois, esse número avançou para 579 milhões, um aumento de quase oito milhões por ano. As projeções indicam que em 2050 a população idosa será de 1,9 bilhão de pessoas. As mulheres idosas estão em maior número na população de os idosos de todas as regiões do mundo, e as estimativas são que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais do que os homens. No entanto, observando esses dados sob outro ponto de vista, entende-se que viver mais não é sinônimo de viver melhor, pois as mulheres ainda possuem diferenças e desvantagens historicamente construídas em relação aos homens, como salários inferiores, dupla jornada de trabalho, discriminação, violência, solidão pela viuvez, níveis mais baixos de escolaridade. É importante considerar que o envelhecimento da população traz a necessidade de reorientação das políticas públicas, tanto nas questões sociais quanto previdenciárias, e, sobretudo de saúde, pois o envelhecimento vem acompanhado de alterações físicas, sociais e mentais. Nesta perspectiva, este estudo objetivou avaliar a função cognitiva e suas implicações na qualidade de vida de mulheres idosas de uma população geral. **Desenvolvimento:** pesquisa quantitativa, descritiva transversal, realizada com 550 mulheres, em Guanambi-Bahia-Brasil, no ano 2016, com uso dos instrumentos de levantamento de dados: Mini-exame do estado Mental (MEEM), através dele é possível avaliar as funções cognitivas, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), que é constituído por 26 perguntas que considera como a pessoa avalia sua qualidade de vida e o quão satisfeito está com a saúde, e também um Diagnóstico Situacional, elaborado pelos pesquisadores para levantamento de características sociodemográficas. A análise foi univariada, bivariada, com o teste de qui quadrado de Pearson, e regressão logística múltipla, com o software Stata versão 10. A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução n. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob o protocolo CAAE: 50695415.5.0000.5578, e todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** O envelhecimento populacional traz preocupações para o setor saúde principalmente no que se refere a melhor qualidade de atendimento aos idosos. Têm-se muitas vezes situações de vulnerabilidade do idoso, o que implica num olhar diferenciado dos serviços de saúde para este público. Participaram do estudo 550 idosas residentes do município de Guanambi – Bahia no ano de 2016. Sabe-se que, o avançar da idade acarreta alterações importantes para a saúde do idoso, tanto sociais, quanto fisiológicas, e no que se refere às características sociodemográficas se observou uma maior concentração na faixa etária de 66 a 70 anos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(30,5%,) seguidos das que estavam entre 71 a 80 anos (26,0%). Segundo a escolaridade, 78,4% das idosas possuíam baixa escolaridade, ou seja, menos de oito anos de estudos, 59,1% se autodeclararam da raça/cor da pele negra (união de pretas e pardas) e 53,8% vivia sem companheiro, e 98,0% não era profissionalmente ativa. As correlações entre o estado mental e a escolaridade foram mais significativas do que com a idade. A baixa escolaridade influencia de forma negativa o desempenho cognitivo, a pontuação média dos idosos mais escolarizados (4 anos e mais) foi significativamente maior em comparação àqueles que não frequentaram a escola, o que também aponta o estudo em questão. Considera-se que as mulheres com nível de instrução mais elevado têm melhor acesso aos serviços de saúde, e que as negras mais velhas se tornam ainda mais vulneráveis socialmente, pois a discriminação impacta o acesso a uma atenção à saúde adequada. Dessa forma, as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, na qual as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo às diferenciam no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de envelhecimento e adoecimento. Notou-se que a percepção das mulheres idosas sobre sua qualidade de vida é afetada pelo declínio da função cognitiva, nesse sentido não apenas o avanço da idade predispõe o declínio da cognição, pois fatores como a escolaridade e o acesso a melhores condições de vida e saúde, tanto ao longo da vida quanto na terceira idade, foram significativas. Nesse contexto, algumas explicações para esse fato se baseiam nas diferenças hormonais e genéticas específicas da mulher em suas diferentes fases, considerando estritamente o ponto de vista biológico, psicológico e social desse público. É patente também que, muitas das alterações cognitivas costumam ter evolução lenta e crônica, sendo possível planejar a assistência à saúde das mulheres idosas, para que o envelhecimento ocorra com o mínimo de dependência e com menos agravos. Considerações finais: avaliar o estado cognitivo é importante para rastrear estágios de deterioração da função cognitiva, contudo muitos idosos não costumam realizar avaliações cognitivas clínicas, fato que pode estar associado ao pouco uso dos instrumentos e métodos que possibilitam essa avaliação na prática cotidiana dos serviços de saúde. O presente estudo reafirmou que a qualidade de vida das idosas está intimamente relacionada com a percepção que elas têm de si mesmas, e que quando possuem alguma incapacidade funcional, tendem a avaliar o seu bem-estar como ruim. Ressalta-se que, o Mini-Exame do Estado Mental tem um conteúdo simples, capaz de fornecer informações sobre diferentes parâmetros cognitivos do indivíduo avaliado, e que é um instrumento difundido mundialmente, todavia é pouco utilizado pelos profissionais de saúde, sobretudo na atenção básica, uma vez que, os estudos realizados na área são predominantemente clínicos e hospitalares.

REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro (RJ), 2010. Acesso em: 15 de junho de 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Textos & Contextos. v.14, n.1, p.115-131, 2015.

PAULA, A. F. M.; RIBEIRO, L. H. M.; D'ELBOUX, M. J.; GUARINTO, M. L. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de geriatria. Rev Bras Clin Med. v.11, n.3, p.212-218, 2013.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. v.37, n.99, p.571-579, 2013.

Palavras-chave: Envelhecimento cognitivo; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Idosa.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A HORTICULTURA COMO RECURSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES DO CAPSAD DE PONTA GROSSA

Patricia Pereira Valenga

O presente trabalho visa demonstrar a implementação da horticultura como um novo recurso de oficina terapêutica destinado a reabilitação psicossocial dos usuários do serviço do CAPSAd (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) de Ponta Grossa.

É possível compreender através de Arruda (1962) que a atividade em horta para fins terapêuticos favorece diversas competências aos participantes, dentre elas a de se expressar, a espontaneidade e o autoconhecimento, onde é possível distinguir potencialidades de limitações. A horticultura também pode auxiliar no desenvolvimento de algumas concepções que se apresentam fragilizadas quando o paciente chega ao serviço, possibilitando o desenvolvimento dos aspectos físico, emocional e social, assim como proporcionando o desenvolvimento da autonomia nas atividades propostas.

Pagassini et al. (2015), afirmam também que a horta como oficina terapêutica pode ser considerada como um significativo recurso para tratamento em saúde mental, visto que estimula a capacidade de autoria da própria produção, ao mesmo tempo que incita habilidades sociais, integração entre os pacientes e a troca de informações e saberes.

Diante disso, iniciou-se o processo de construção da horta do CAPSAd. Inicialmente para uma melhor organização, elaborou-se um cronograma de responsáveis pela horta, onde diariamente existe um encarregado por cuidar da mesma. Dentre algumas de suas funções estão: confeccionar canteiros, adubar, regar, realizar o plantio e a colheita. As mudas para plantio são trazidas pelos próprios usuários e funcionários do serviço e o grupo se reúne semanalmente nas terças-feiras no período matutino para discussão do andamento da horta e novos combinados para as próximas semanas.

Ressalta-se que os principais protagonistas da atividade são os frequentadores do caps ad, o grupo é formado de maneira heterogênea, atualmente composto por um número de 8 a 10 pessoas, acompanhadas por uma equipe de 3 terapeutas.

Através desta estratégia de intervenção, analisou-se como resultado principal o estímulo ao trabalho em grupo e cooperação mútua, a troca de informações, bem como a descoberta de muitos pacientes de sentirem-se capazes de ensinar, de compartilhar saberes e de respeitar o saber do outro, desenvolvendo desta forma o senso crítico e a valorização da diversidade, bem como a criatividade diante de novas concepções. Outro aspecto importante observado foi a autonomia dos participantes em se dividirem nas funções diante da aptidão de cada um, onde um "entende de virar a terra", outro "entende de plantar", "de cultivar e colher", mostrando-se mais seguros em realizar as atividades que mais possuem afinidade. Têm-se ainda como objetivos e perspectivas futuras, trabalhar com assertividade o processo de reinserção social, o qual pode ser viabilizado através da vivência em grupo, possibilitando o estímulo de habilidades sociais, integração, a possibilidade de sentir-se dono de um saber,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

porém conseguir transmitir esse conhecimento, assim como estar aberto a novos aprendizados.

É possível concluir, que a horta "permite que a pessoa tenha um contato direto com a terra e o prazer de se sentir útil a si mesmo e às pessoas de seu convívio"(MARUYAMA, 2005). O envolvimento com a horticultura aproxima o sujeito do ambiente natural, resgata o conhecimento popular, contribui no processo de construção crítica do saber, e como observado, pode estimular e aguçar a imaginação, trazendo benefícios psicológicos, físicos e sociais. Além disso é concebível correlacionar, sem estudos aprofundados, a prática de horticultura na diminuição da ansiedade e aumento da autoestima, da mesma maneira que caracterizá-la como um espaço de relaxamento, onde o participante mostra-se ativo na melhoria da sua qualidade de vida.

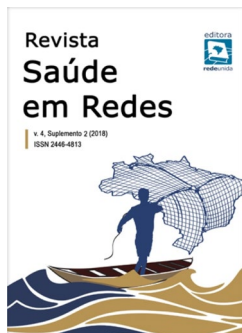
Referências

ARRUDA, E. Terapêutica ocupacional psiquiátrica. Rio de Janeiro, 1962.

PAGASSINI, et al. Horta terapêutica na reabilitação psicossocial dos pacientes do CAPS Registro. 8º Congresso de Extensão Universitária da UNESP, 2015. Disponível em: <http://200.145.6.205/index.php/congressoextensao/8congressoextensao/paper/viewFile/1614/1054>

MARUYAMA, W. I. Principais Produtos Hortícolas. In: Produção de Hortaliças Irrigadas: em Pequenas Propriedades Rurais. Uni-Graf – Cassilândia, MS. 2005. p 7-15.

Palavras-chave: Horticultura; reabilitação psicossocial; dependência química



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GRUPO SOCIALIZAÇÃO: NA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO CAPS AD DE PONTA GROSSA - PARANÁ.

Angelita Aparecida Bornancin

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO

Na Saúde Mental o trabalho profissional deve considerar a singularidade dos usuários do serviço e ampliar o olhar de compreensão dos sujeitos, englobando as múltiplas dimensões de existência como as histórias de vida, os contextos social, cultural, familiar e de sofrimento psíquico.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como característica buscar a reabilitação psicossocial de seus usuários no território onde constrói suas vidas. O CAPS AD oferece atendimento para pessoas com transtorno decorrentes do uso abusivo de Álcool e outras Drogas.

Em Ponta Grossa - Paraná, o CAPS AD Belas Tardes, iniciou suas atividades em 02 de abril de 2004 e oferece atendimento individual e em grupo, acolhimento diurno, visita domiciliar, acompanhamento familiar e consulta psiquiátrica para quem mediante avaliação da Mini Equipe de Referência Territorial e conste no Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído junto com o usuário.

O cuidar das pessoas que fazem uso abusivo ou com dependência de substâncias psicoativas (SPA) necessita de uma ação em rede, intersetorial, integral e ao mesmo tempo levar em consideração a singularidade de cada sujeito.

A partir da demanda do serviço surgiu a necessidade de implantar um Grupo com informações acerca dos direitos socioassistenciais, refletindo sobre o nosso país através da leitura de jornal e de letras de músicas; dinâmicas, atividades culturais e de lazer buscando elevar a autoestima, incentivar a cidadania e o empoderamento dos pacientes, denominou-se então Grupo Socialização (GS).

O GS é um grupo aberto, participam apenas os usuários do CAPS AD Belas Tardes - Ponta Grossa Paraná, conforme conste no seu PTS. Acontece todas as Segundas – feiras das 13:30h às 15:00h.

O grupo tem como objetivo instituir um espaço coletivo de informação e de incentivo à cidadania, lazer e cultura. Orientar os usuários sobre os direitos socioassistenciais, buscando o empoderamento e o protagonismo social.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:

Utiliza-se o G S como método de coleta de dados.

Os relatos acontecem de modo escrito e/ou oral conforme o desenvolvimento das atividades. Buscamos também observar e explorar o conteúdo implícito, mas, presente nas entrelinhas da comunicação como gestos, olhares e expressões.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Durante o desenvolvimento de uma determinada dinâmica, os usuários puderam refletir sobre seus sentimentos e relataram: O primeiro “Eles pensam que eu não tenho força de vontade e que sou muito fraca”. O segundo usuário comenta que: “o morador de rua é considerado lixo do mundo e escória de todos”, O terceiro diz “a droga é mais forte que eu” e o quarto: “vou morrer e não vou resolver meus problemas”.

Durante o desenvolvimento do Grupo observou-se através de relatos que o usuário de Substância Psicoativa (SPA) possui baixa autoestima, sente-se excluído e frustrado devido o estigma internalizado e por não conseguir alcançar objetivos propostos por si mesmo, objetivos estes, um tanto quanto difíceis de atingir a curto prazo.

RESULTADOS E IMPACTOS:

O Grupo Socialização já teve 33 encontros:

Dia 10 de outubro de 2016: Pintura em Mosaico, com 05 participações.

Dia 17 de outubro de 2016: Confecção de Cartaz com o tema “O que o CAPS significa para você” e reflexão, com 06 participantes.

Dia 24 de outubro de 2016: Oficina de leitura de jornal, com 14 participantes.

Dia 31 de outubro de 2016: Dinâmica e Discussão sobre a PEC 241 (PEC do Teto de gastos), com 11 participantes.

Dia 07 de novembro de 2016: Dinâmica e Discussão da letra da música Ninguém = Ninguém - Engenheiros do Havaí, com 15 participantes.

Dia 14 de novembro de 2016: Dinâmica A teia das Relações e Discussão da letra da música Que país é esse – Legião Urbana, com 10 participantes.

Dia 21 de novembro de 2016: Gincana com brincadeiras para proporcionar momentos de descontração, com 10 participantes.

Dia 28 de novembro de 2016: Exercícios de raciocínio lógico para estimulação cognitiva, com 10 participantes.

Dia 05 de dezembro de 2016: Dinâmica “Qual é a música”, com 10 participantes.

Dia 19 de dezembro de 2016: Dinâmicas Salada de Fruta e o “Feitiço Virou contra o Feiticeiro”, com 10 participantes.

Dia 23 de janeiro de 2017: Planejamento para 2017, com 13 participantes.

Dia 30 de janeiro de 2017: Dinâmica “As seis Imagens”, para estimular a auto estima, com 13 participantes.

Dia 06 de fevereiro de 2017: Discussão sobre a PEC 287, com 07 participantes

Dia 13 de fevereiro de 2017: Dinâmica “Bola” Discussão sobre a Questão de gênero, com 11 participantes.

Dia 06 de março de 2017: Dinâmica do “Espelho” para estimular a autoestima, com 08 participantes.

Dia 13 de março de 2017: Dinâmica “Coisas Boas e Coisas Ruins”, com 14 participantes.

Dia 20 de março de 2017: Continuação da Dinâmica “Coisas Boas e Coisas Ruins”, com 14 participantes.

Dia 27 de março de 2017: Dinâmica “Reforço Positivo”, com 09 participantes.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

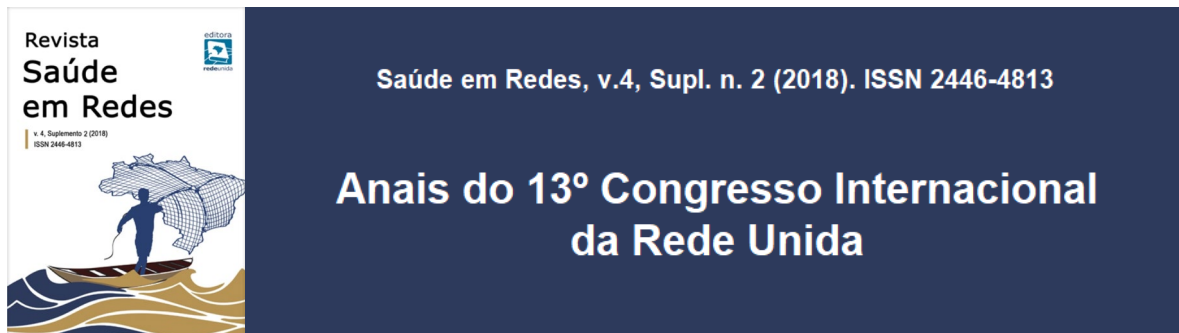
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Dia 10 de abril de 2017: Jogo para estimulação cognitiva, com 12 participantes.
Dia 17 de abril de 2017: Jogo para estimulação cognitiva, com 10 participantes.
Dia 24 de abril de 2017: Dinâmica “Dos Problemas”, com 12 participantes.
Dia 08 de maio de 2017: Dinâmica “O Presente”, com 11 participantes.
Dia 15 de maio de 2017: “Bingo de socialização”, com 17 participantes;
Dia 22 de maio de 2017: Dinâmica Passado, Presente e Futuro, com 16 participantes.
Dia 28 de maio de 2017: Exercício de Autoavaliação, com 12 participantes.
Dia 19 de junho de 2017: Visita Orientada à Biblioteca Pública Municipal, com 03 participantes
Dia 26 de junho de 2017: PNAS, com 11 participantes.
Dia 03 de julho de 2017: Dinâmica “Bandeira Pessoal”, com 11 participantes.
Dia 10 de julho de 2017: Música “Tente outra vez”, com 11 participantes.
Dia 17 de julho de 2017: Dinâmica “A de viagem”, com 11 participantes.
Dia 24 de julho de 2017: Dinâmica “O coração”, com 22 participantes.
Dia 31 de julho de 2017: Fatores de Proteção e de Risco, com 09 participantes.
Dia 07 de agosto de 2017: Dinâmica “Frases”, com 16 participantes.
Dia 21 de agosto de 2017: Dinâmica “Eu sou alguém e sou único”, com 10 participantes.
O Grupo Socialização já teve 33 encontros, num total de 374 participações. Os usuários deixaram claro em seus relatos o sentimento de exclusão, se sentem a escória da sociedade, possuem baixa autoestima, vivenciam uma dificuldade de aceitar-se como uma pessoa com qualidades, defeitos e limitações como qualquer ser humano.
Após a participação no grupo os usuários começaram a lutar mais pelos seus direitos e participaram de mobilizações que aconteceram na cidade, como por exemplo manifestação compra a Reforma da Previdência, tendo uma visão mais crítica da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que, a terapêutica da dependência química é complexa e conforme a Reforma Psiquiátrica o tratamento a partir do isolamento social, proporcionado pelas internações, e o uso exclusivo de medicações não é satisfatório, não havendo, portanto, intervenções prontas. Acredita-se que, na saúde mental seja essencial trabalhos de Socialização que contribua para que o usuário possa se aceitar como pessoa, como cidadão, que tenha uma visão crítica do uso das SPA, que seja empoderado para decidir sobre seu projeto de vida, e que seja estimulada a autoestima desses sujeitos nas suas singularidades.

Palavras-chave: socialização; caps; drogas



OFICINA TERAPÊUTICA BORDANDO A VIDA

Marjana Augusta Pinto Da Silva, Gabriela Piazza Pinto, Maria Betina Leite de Lima, Priscila Maria Marcheti Fiorin, Vivian Silva Ribeiro

Apresentação: Os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde entre mulheres de países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento, sendo predominante, também, quadros como transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, insônia, estresse e outros. Pesquisas também mostram que mulheres vem apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que homens. Sendo assim, as oficinas terapêuticas são atividades entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania, expressão de liberdade e convivência dos diferentes através da inclusão. A oficina tem por objetivo fortalecer os relacionamentos pessoais através do diálogo sobre saúde e sobre fatos experimentados no decorrer da vida, associados ao trabalho manual. **Desenvolvimento do Trabalho:** Através da consulta de enfermagem são triados os pacientes que apresentam necessidade em participar da oficina. As participantes são mulheres com mais de 45 anos e sofrimento psíquico. A oficina ocorre em 3 etapas. Na primeira (cognitivo) as mulheres conversam, trocam e recebem informações referentes à saúde. Após isso se inicia o momento do bordado (construtivo) o qual os relacionamentos interpessoais e resiliência são fortalecidos entre o grupo. O terceiro (afetivo) é o encerramento da oficina, onde é realizado uma roda e são expostas as conquistas do dia, reforçado a importância de cada uma para a oficina. Por fim, o encerramento envolve beijos e abraços, acompanhado, sempre, da frase “que bom que você veio”. **Resultados e/ou impactos:** Através de relatos promovidos pelas participantes pode-se perceber que houve uma diminuição da angústia. É comum aparecerem frases como “Aqui eu esqueço todos meus problemas de casa” ou “Aqui eu encontro meu momento de paz”. Além disso, semanalmente é possível vivenciar o fortalecimento dessas mulheres tanto como indivíduos como grupo. **Considerações finais:** Conclui-se que esta oficina é um instrumento de fortalecimento de relacionamento pessoal das mulheres vinculadas. O ambiente é constantemente adaptado para novas técnicas de educação em saúde, visto que, a partir do momento em que o vínculo é estabelecido e nos sentimos afetados com o que ocorre em volta, a aprendizagem ocorre de maneira mais eficaz.

Palavras-chave: Saúde mental; Oficinas Terapêuticas; Enfermagem



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RODA DE CONVERSA NA UNIDADE PEDIÁTRICA: O USO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA

Adriane Das Neves Silva, Ana Maria Braga De Oliveira

Apresentação: O projeto de intervenção resultante da pesquisa intitulada Institucionalização da Educação Permanente em Saúde: Vivências com o Uso de Metodologias ativas, que teve o intuito de sensibilizar gestores e profissionais para as contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS) como estratégia de promoção da integralidade das ações de saúde, com a utilização de situações reais ou simuladas do cotidiano de trabalho na saúde em uma unidade pediátrica no município de Duque de Caxias. A educação permanente em saúde (EPS) para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), se baseia na problematização e na aprendizagem significativa. A problematização envolve a reflexão, isto é, pensar sobre determinadas situações e questioná-las de modo a compreender a maneira como os processos são desencadeados. Já a aprendizagem significativa acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Quando a novidade responde a uma pergunta/inquietação e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo, o que difere da aprendizagem mecânica, é que retemos o conhecimento, acumulando e renovando experiências (BRASIL, 2005, p.8). Nesta perspectiva, o projeto busca provocar a reflexão dos trabalhadores frente ao seu processo de trabalho, a partir da incorporação do ensino e de práticas laborais que contemplem a problematização do próprio saber e, desperte no trabalhador sua autonomia, deixando de ser mero receptor das informações e tornando-se protagonistas e construtores de seus conhecimentos. Para Freire (1987), o homem precisa ter uma reflexão sobre a realidade e intervir (ação) em seu ambiente concreto. Na área de saúde, esse profissional é capaz de desvelar novos conhecimentos, novas soluções para os problemas que emergem no cotidiano do trabalho. Almejando alcançar o objetivo proposto, a roda de conversa contou com a participação de profissionais de saúde e gestores da saúde, docentes e discentes do curso de enfermagem da Universidade Augusto Mota – no Rio de Janeiro. Objetivo: relatar a experiência vivenciada durante uma ação educativa em saúde sobre situações do cotidiano de trabalho num complexo infantil da rede pública no município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Método: refere-se a um estudo do tipo relato de experiência, realizado com profissionais de saúde. Foi utilizado o recurso metodológico da roda de conversa com 36 participantes em duas rodas. A proposta visou mudanças no processo de trabalho que começa estimulando os sujeitos a refletir e dialogar sobre o trabalho em saúde, através da promoção de espaços de diálogo e troca de experiências, de forma crítica e reflexiva. As rodas foram realizadas em 03 momentos, a primeira em 20 de outubro de 2016, a segunda em 11 de novembro de 2016 e a terceira em 05 de abril de 2017 com carga horária de 6 horas. Resultados: durante a roda foram abordadas várias situações vivenciadas, que traziam o enfoque de alguns temas importantes, como a humanização do cuidado, uma demanda que cresce nas unidades de saúde. Outro tema destacado foi a relação entre usuários e



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

profissionais de saúde, e o impacto da superlotação nessa relação e, o acolhimento dos profissionais de saúde com enfoque na qualidade de vida no trabalho. Verificamos que a participação dos profissionais de saúde foi efetiva ao que foi proposto. Problematizar as questões do cotidiano de trabalho nas rodas de conversa proporcionou aos participantes a oportunidade de expor suas experiências e construir soluções para os problemas que eram enfrentados a cada novo dia na unidade de saúde. A atividade desenvolvida posteriormente foi avaliada, tendo resultado positivo por parte dos profissionais. A utilização da roda, com a problematização do cotidiano faz-se relevante, como ferramenta de cuidado, por discutir situações reais do cotidiano da unidade pediátrica, e valorizar os protagonismos, bem como a integração da equipe de saúde. Considerações finais: A utilização da roda de conversa surpreendeu os profissionais pois os mesmos não tinham o hábito de refletir o cotidiano de trabalho e construir ações de enfermagem a partir dessa reflexão para resolução de problemas. E para eles verificou-se a importância da relação dialógica e do envolvimento da equipe multiprofissional, a fim de minimizar os problemas que se repetem diariamente na unidade pediátrica.

Referências

BRASIL. A Educação Permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde. Conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 17ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987.

Palavras-chave: Enfermagem. Problematização. Educação Permanente em Saúde. Saúde



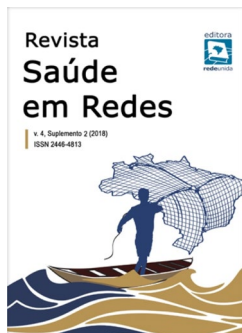
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO DA IDOSA SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL

Ane Carolline Donato Vianna, Cinoélia Leal de Souza, Roberta Lopes da Silva, Vanda Santana Gomes, Elaine Santos da Silva, Leandro da Silva Paudarco, Daniela Teixeira de Souza Moreira

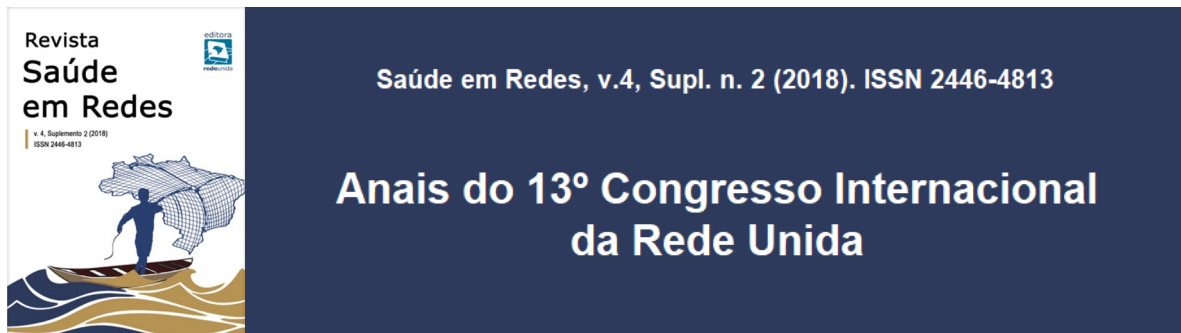
Introdução: a população mundial passa por uma reestruturação demográfica, no qual a população idosa continua aumentando. O último Censo de 2010 estimou uma ampliação no número de idosos até 2060, que poderá ser aproximadamente 74 milhões, representando 33,7% da população. A expectativa de vida dos brasileiros alcançou 73,1 anos, e as ações de saúde devem acompanhar essa mudança. Por isso, o idoso deve ser compreendido como ser integral que possui direitos, deveres, necessidades, valores e costumes que devem ser respeitados, sendo atendido de forma holística, com objetivo de melhorar sua qualidade de vida. A sexualidade é uma das necessidades humanas e excede o ato sexual, sendo capaz de ser expressa de diferentes formas, desde como a pessoa desfruta da sua sexualidade e como lida com a mesma, além da troca de carinhos à prática sexual. Muitas vezes falar sobre sexualidade ou saúde sexual traz resistência tanto do profissional de saúde quanto do usuário dos serviços, enraizado pela cultura e valores da população, o que dificulta na disseminação de conhecimento sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, os cuidados com as mamas, a higiene da área genital diariamente, antes e após a prática sexual, a modificação de hábitos e conseqüentemente, uma melhora na forma de viver sua saúde sexual. A mulher passa por fases no ciclo biológico e cada uma apresenta suas especificidades, o que sucede em alterações bioquímicas, fisiológicas e físicas, principalmente a idosa que está mais vulnerável, necessitando de cuidados não apenas físicos, mas também psicológicos. Esse contexto engloba o que ocorre na menopausa, decorrente da variação de alguns hormônios necessários para a saúde da mulher, como a diminuição da produção de estrogênio, que pode ocasionar as dores de cabeça, a irritabilidade, alguns sintomas depressivos, presença de ondas de calor ou suores frios, o vaginismo e a dispareunia, a involução dos órgãos reprodutores, a atrofia da vulva, das tubas uterinas, da vagina, dos ligamentos pélvicos e a flacidez das mamas, que irão afetar como a mulher vive sua saúde sexual. Para acompanhar a mulher em todas essas fases, a Estratégia de Saúde da Família deve buscar, através da promoção da saúde, orientá-las e apoiá-las. Sendo assim, através do conhecimento da realidade e particularidade da mulher, será capaz de resultar em melhorias na promoção da saúde, com foco nas necessidades descritas pelas voluntárias deste trabalho, para tentar trazer para esse público melhor resultados do ponto de vista das mulheres idosas. Nesse sentido, este estudo objetivou analisar a atuação do enfermeiro na promoção da saúde sexual da mulher idosa na atenção básica, no município de Guanambi, no estado da Bahia. **Desenvolvimento:** trata-se de um estudo qualitativo descritivo exploratório, no qual foram entrevistadas 50 mulheres idosas do município de Guanambi. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, que foi



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dividida em ordenação e transcrição das entrevistas, classificação e agrupamento dos dados e criação das categorias de análise, e por fim, foi realizada a análise propriamente dita e descrição dos resultados. Resultados: de acordo as entrevistadas, os enfermeiros da atenção básica não possuem o hábito em falar sobre temas como sexualidade e saúde sexual com o público acima dos 60 anos e não transmitem as orientações adequadamente, o que faz com que algumas barreiras se transformem em obstáculos maiores e a possibilidade de realizar algum ato com erros, torna-se maior. As idosas relataram que se sentem reprimidas e intimidadas quando se deve discorrer sobre esses temas, tanto em relação aos profissionais quanto pela sociedade, em razão de que estão inseguras e preferem continuar com as diversas dúvidas a romper o preconceito e questionar, possuindo até o momento a ideia de que a sexualidade se resume no ato de procriar ou reproduzir e de dar prazer ao parceiro fixo ou não, excluindo o fato de ser prazeroso para si mesmo. Apesar desse posicionamento, o grupo mostrou entendimento que essas barreiras podem dificultar a ação do profissional, o que agrava quando o profissional de enfermagem da atenção básica é do sexo masculino. Dentre as sugestões das voluntárias para modificar o atendimento e discussão sobre esses assuntos, está o fato de que os profissionais de saúde possam ofertar palestras, salas de espera e rodas de conversas entre grupo de idosas da mesma idade, além das consultas de enfermagem, num espaço de vínculo e confiança, de forma a esclarecer os problemas, dificuldades e inseguranças referentes à saúde sexual. Sabe-se que, os profissionais de enfermagem que atendem na atenção básica devem ter a capacidade de estabelecer relações e vínculos de cuidado baseados em princípios como a empatia, o respeito mútuo, a congruência, a escuta ativa, a confrontação, a aceitação incondicional da pessoa e a autenticidade, além de haver capacitação para melhor didática com o público, visando o aumento da compreensão e do empoderamento feminino, agindo não somente no acompanhamento de doenças crônicas, mas assistindo a usuária como ser integral. A falta de informação, a vergonha e o preconceito das idosas em relação a sua idade associada à saúde sexual faz com que haja dificuldades em dialogar sobre o tema. O envelhecimento traz consigo alterações que podem interferir na vivência da sexualidade, como a flacidez tegumentar, o embranquecer dos pelos, a perda dos dentes, o surgimento das doenças crônicas, o uso de medicamentos, a diminuição da libido, o declínio do padrão de atividade, o vaginismo, a dispareunia e a disfunção erétil. Considerações Finais: O significado de sexualidade e a forma como cada uma vive é diferente para cada idosa. Por esse motivo, o enfermeiro deve estar capacitado para lidar com diversas situações, desde a vergonha em falar sobre, a dificuldade em transmitir informações, além do preconceito e da censura que há acerca desses temas. Dentre as ações de enfermagem para promoção da saúde sexual, poderá ser realizada a educação permanente, o uso de oficinas, a construção de grupos de apoio e a propagação das orientações necessárias para melhora ou estabilização da saúde sexual, com pretensões de suprir as necessidades da usuária e promover o envelhecimento equilibrado. A enfermagem tem nas mãos ferramentas importantes para lidar com o declínio das mudanças do corpo e do organismo decorrente do envelhecimento que são as mudanças hormonais e metabólicas, principalmente os que afetam diretamente a sexualidade da mulher



idosa. Essa transição gera dúvidas, desequilíbrios e angústia, e cabe aos profissionais atuarem no preparo psicológico, emocional, e também dar suporte e alternativas para amenizar as mudanças físicas e encaminhar quando necessário.

REFERÊNCIAS

CUNHA, L. M. et al. Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. Rev Min Enferm., v. 19, n. 4, 2015.

LUZ, A. C. G. et al. Comportamento sexual de idoso assistidos na estratégia saúde da família. Res: Fundam. Care, v.7, n. 2, Rio de Janeiro, 2015.

MARQUES, A. D. B. et al. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. R. Enferm. Cent. O. Min., v.2, n.3, 2015.

SILVA, E. M. de M. L.; OLIVEIRA, D. M.; PEREIRA, N. da S. Olhar de enfermeiro na atenção primária de saúde: prática sexual na terceira idade. Temas em Saúde. João Pessoa, v. 17, n. 1, 2017.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Saúde Sexual; Idosa



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

IMPACTOS DA CRISE HÍDRICA NA SAÚDE PÚBLICA E A REEMERGÊNCIA DAS DOENÇAS RELACIONADAS À ESCASSEZ DE ÁGUA NA BAHIA

Cinoélia Leal de Souza, Ana Cristina Santos Duarte, Elaine Santos da Silva, Ana Paula Melo Fernandes Rodrigues

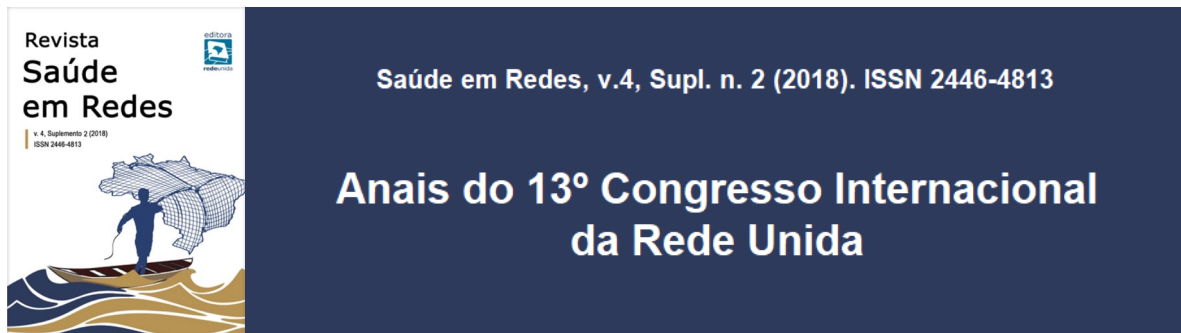
Apresentação: na medida em que as populações e as atividades econômicas crescem, muitos países atingem rapidamente a escassez de água ou se defrontam com limites para o desenvolvimento econômico. Somam-se as questões econômicas, às questões climáticas, às ações humanas, e o resultado dessa interação pode provocar diversas implicações na saúde pública, sendo que há vários tipos de doenças que podem ser causadas por algum fator relacionado com a água. (Como exemplos: em locais com saneamento básico deficiente, falta de água tratada, de rede de esgoto ou de alternativas adequadas para a deposição dos dejetos humano), as doenças podem ocorrer devido à essa contaminação, e ainda, a falta de água também pode causar doenças, pois, sua escassez impede uma higiene adequada, além da lista de doenças de transmissão hídrica, aquelas causadas por insetos que se desenvolvem na água. Nesta perspectiva, a abordagem da questão ambiental relacionadas à escassez e contaminação da água, exige o conhecimento de várias áreas da ciência, tanto que, os conceitos de saúde, saneamento e saúde pública vêm sofrendo um processo de convergência conceitual dentro da sua evolução histórica, para que seja possível entender, em partes, como o ser humano promove, ou não, o seu bem-estar. Assim, pretendeu-se com este estudo, analisar a influência da escassez de água na saúde pública e na reemergência de doenças infecciosas no estado da Bahia de 2007 a 2012. **Desenvolvimento:** Estudo epidemiológico, descritivo, exploratório de caráter transversal, realizado no estado da Bahia no período de 2007 a 2012. O período escolhido para o estudo é referente à disponibilidade dos dados em todos os bancos de dados, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a Agência Nacional de Água do Brasil, responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (SINGREH), sistema de coleta, tratamento, armazenamento e recuperação de informações sobre recursos hídricos. Para análise da situação entre a escassez de água e a incidência de doenças reemergentes foram utilizados os seguintes indicadores: água (total de reservatórios, volume menor que 30% e volume acima de 90%); e os agravos à saúde (Cólera, Dengue, Febre Tifoide e Hepatite A). Para análise dos indicadores, o processo envolveu a caracterização dos casos dos agravos estudados, utilizando as variáveis: faixa etária, sexo, raça e escolaridade dos casos notificados, assim como estimativa das incidências para o estado da Bahia para o período estudado. No segundo momento foi realizada a comparação ano a ano entre os agravos e o volume de para compreensão do aumento ou redução das doenças em função da melhoria ou não da disponibilidade da água no estado ao longo do tempo. **Resultados:** Em relação à disponibilização de água no estado da Bahia, a quantidade de reservatórios vem permanecendo constante nos últimos anos, com volumes cada vez menores, apesar da comprovada escassez de água em diversos municípios do estado da Bahia, sinalizando para



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a reavaliação das políticas públicas de fornecimento de água. É patente que, a qualidade da água e a saúde das populações estão intimamente relacionadas. Várias são as doenças que podem ser relacionadas à veiculação hídrica: por ingestão de água contaminada, por contato da pele/mucosas com essa água contaminada, muitas vezes a falta de água impede a higienização adequada e pode causar também uma série de doenças, temos as doenças causadas por insetos/vetores que se desenvolvem na água. Essa situação obriga a intensificar os para conseguir metodologias preventivas através de vacinas eficientes, e também o controle biológico para a diminuição na propagação das causas, além das ações preventivas básicas quanto à erradicação de locais de proliferação. No período de 2007 a 2012 o número total de casos de dengue no estado da Bahia foi de 27.1629, problema que não é novo, mas que vem se intensificando nos últimos anos, aumentando o número de casos e de notificações. Tal situação é evidenciada nas diferenças sociais no acesso a recursos e equipamentos públicos implicam diretamente no quadro de saúde das pessoas, quando se compara o número de casos de dengue, febre tifoide e hepatite A na Bahia de 2007 a 2012, o número de casos é extremamente mais elevado na população com menos de 08 anos de estudo, com 65,364 (66,33%), 41 (62,12%) e 1009 (84,58%) respectivamente. Em relação ao número de casos das mesmas doenças no comparados em diferentes grupos etários, tem-se 137.612 (78,62) dos casos de dengue em pessoas declaradas negras e 37,431 (21,38%) não negras; para hepatite A 2.051 (80,20%) dos casos atribuídos a pessoas negras, e para febre tifoide o número de casos na população negra é de: 81 (78,31%) dos casos, o que demonstra a inequidade na distribuição e acesso aos serviços e equipamentos públicos de saúde, socio sanitários e hídricos. Grande parte dessas pessoas vive na periferia de centros urbanos, com moradias inadequadas, baixa cobertura de saneamento básico, proporção elevada de analfabetismo, pouca qualificação profissional e pouca perspectiva de ascensão social. É uma população marginalizada, discriminada socialmente e mais vulnerável à violência e a doenças. O Brasil avançou ao longo dos anos, com grandes conquistas da sociedade, sobretudo, no setor Saúde, com a criação do SUS, mas ainda enfrenta problemas básicos de estruturação, efetividade e acesso a serviços e equipamentos públicos básicos, como educação, infraestrutura, saneamento básico e saúde. Considerações finais: o Nordeste brasileiro convive a muitos anos com a escassez de água, e os problemas ambientais e de saúde advindos dessa situação, caracterizada principalmente pelo clima e relevo da região, o que torna fundamental a constante análise, avaliação e a proposição de ações e políticas de saúde que visem enfrentar tal situação e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população. Nota-se que, as tendências nos indicadores de saúde/doença no que se refere a esse quadro ainda carecem de muita atenção, pois doenças consideradas “do passado” ainda assolam muitas comunidades da região Nordeste, sobretudo da Bahia. Alternativas devem ser criadas para o enfrentamento da crise hídrica e das conseqüências que ela gera na saúde das pessoas. É necessário minimizar o impacto das infecções e doenças emergentes e reemergentes na saúde pública, promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida da população, na qual a efetividade das ações de promoção da saúde está condicionada pela potencialidade das ações humanas no



território/meio ambiente, sobretudo aqueles que possuem maiores barreiras e dificuldades relacionadas ao próprio meio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agenda 21. Proteção da qualidade e do abastecimento dos recursos hídricos. Água em Rev. Suplemento das Águas; 2014.

SCHMIDT, R. A. C. A Questão Ambiental na Promoção da Saúde: uma Oportunidade de Ação Multiprofissional sobre Doenças Emergentes. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* v.17, n.2, p. 373-392, 2007.

CAMELLO, T. C. F. Dengue, chikungunya e ebola: viroses ambientais. *Revista Sustinere*. v.2, n.2, p.3-15, 2014.

SOUZA, C. L.; ANDRADE, C. S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.19, n.10, p.4113-4122, 2014.

BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev. Saúde Pública*. v.31, n.5, p.531-7, 1997.

Palavras-chave: Saúde ambiental; Escassez de água; Doenças reemergentes.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SEXUALIDADE, RELIGIÃO E SUAS RELAÇÕES COM O ENVELHECIMENTO DA MULHER

Vanda Santana Gomes, Roberta Lopes da Silva, Elaine Santos da Silva, Cinoélia Leal de Souza, Ane Caroline Donato Vianna, Daniela Teixeira de Souza Moreira, Leandro da Silva Paudarco, Víctor Neves Reis, Ana Paula Melo Fernandes Rodrigues

Apresentação: historicamente a sociedade percebe o idoso como um ser desprovido de sexualidade, principalmente quando se trata da mulher idosa. Nesse sentido, envelhecer em uma sociedade com características religiosas predominantes é ainda mais difícil, pois as privações vividas pela população feminina são grandes, com desejos e dúvidas reprimidas pelo medo do julgamento social e religioso. Na esfera religiosa, encontram-se fatores proibitivos que impõem a ausência da sexualidade para os idosos, sendo apontados como “pecadores”, bem como poderão ser tachados pejorativamente, quando uma idosa, de vulgar e sem valores morais, e quando homem, de “velho assanhado”. Diante disso, esse estudo objetivou analisar as relações da religião com o envelhecimento da mulher. **Desenvolvimento:** trata-se de um estudo qualitativo descritivo, no qual foram entrevistadas 50 mulheres idosas moradoras da cidade de Guanambi – Bahia, no ano de 2016. A coleta de dados foi realizada com base no cadastro das 15 Unidades de Saúde da Família (USF) do município. Realizada por meio de entrevista, que durou em média 40 minutos cada uma. Todas as entrevistas foram gravadas perante autorização da participante, para posterior transcrição, assegurado quanto à confiabilidade e privacidade dos dados pessoais obtidos. O tratamento dos dados foi realizado a partir da técnica de análise do conteúdo, e foi dividido em três fases: ordenação dos dados: na qual o material empírico coletado (documentos e transcrições das entrevistas) foi organizado, com a identificação das idosas por número e a transcrição dos áudios na íntegra; classificação dos dados e por fim a análise propriamente dita. Os critérios de elegibilidade foram: mulheres com idade maior ou igual há 60 anos e que aceitaram participar da pesquisa. **Resultado:** a percepção das idosas a respeito da influência da religião na sexualidade se baseou em um mesmo pilar de que o sexo só deve ser vivenciado após e no casamento. A influência da religião no contexto sexual da mulher idosa é bem marcante, pois elas relataram que, principalmente após a perda do companheiro, não enxergam mais o direito de vivenciar a sexualidade, diferente dos homens que tendem a construir novos relacionamentos, como apontam os estudos. O preconceito da família e os preceitos religiosos também são colocados em discussão, tendo a religião uma relevância importante em suas falas, sendo citada como fator inibitório. Notou-se que, a religião tem mais influência sobre a sexualidade das mulheres do que dos homens, isso fica claro com o receio que as idosas têm de falar sobre o tema sexualidade na perspectiva da religião. O medo da rejeição é nítido nas falas, pois elas podem ser excluídas a depender de seu comportamento e de sua fala perante a religião que segue. Para muitas idosas a vivência da sexualidade deveria ser apenas em função do casamento, e que se não for nesse propósito não deve ser vivida, já que a idade dessa prática já passou e ficou para trás. Para elas quanto mais o tempo passa mais perdem o direito do amor e da sexualidade. Ressalta-se que, as mudanças físicas nas



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

mulheres são muito evidentes ao envelhecer, e que as perdas hormonais mexem organicamente com a autoestima e com a visão de sua autoimagem. Além dessas mudanças a idosa tem que se adaptar com um estilo de vida padronizado pela sociedade, família e religião, se privando de prazeres e vontades, assumindo um papel moldado pela sociedade para ser apenas uma “avó”. Alguns estudos mostram que nem sempre a religião vem como fator negativo com relação à sexualidade da mulher idosa, muitas religiões entendem que o “ato sexual” não é apenas o prazer do sexo e para a procriação, mas sim que existem vários sentimentos envolvidos. Tanto por parte da idosa quanto por parte da família, sociedade e da religião existe uma confusão de conceitos, em achar que sexualidade e sexo é a mesma coisa. Considerações finais: Vale ressaltar que são vários os fatores que interferem na sexualidade da mulher idosa e que favorecem ao mito de que são seres assexuados, os preceitos religiosos e a opressão familiar se destacam entre estes. Com isso, entender as peculiaridades fisiológicas da senescência pode fazer com que as idosas se sintam providas novamente de desejos e satisfação em relação a sua sexualidade. Fatores relacionados à sexualidade da mulher idosa devem ser mais bem trabalhados na prática cotidiana, com constante reflexão por parte das idosas, de religiões e da sociedade sobre os mecanismos que geram valores e atitudes em relação à temática, tornando esse tema algo mais comum e discutido, e com isso quebrar alguns dogmas e tabus. O esclarecimento e a diferenciação de conceitos entre a sexualidade e o sexo tem grande relevância na mudança de comportamento da sociedade e da religião perante as idosas. Trabalhar esse esclarecimento de conceitos pode ser a solução para uma melhoria na qualidade da sexualidade da mulher idosa.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011. 226 p.

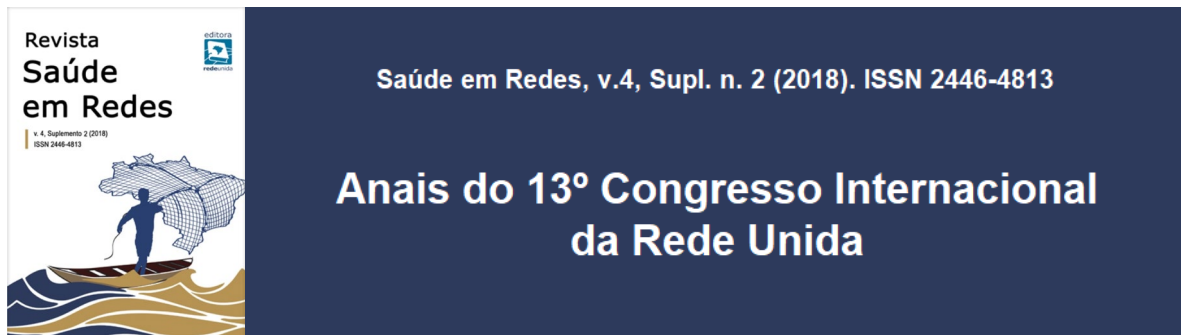
BERNARDO, R.; CORTINA I. Sexualidade na terceira idade. Rev Enferm UNISA. V. 13, n. 1, p. 74-8, 2012.

CATUSSO, M. C. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. Revista Virtual Textos & Contextos, v. 1, n. 4, p. 1- 19, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

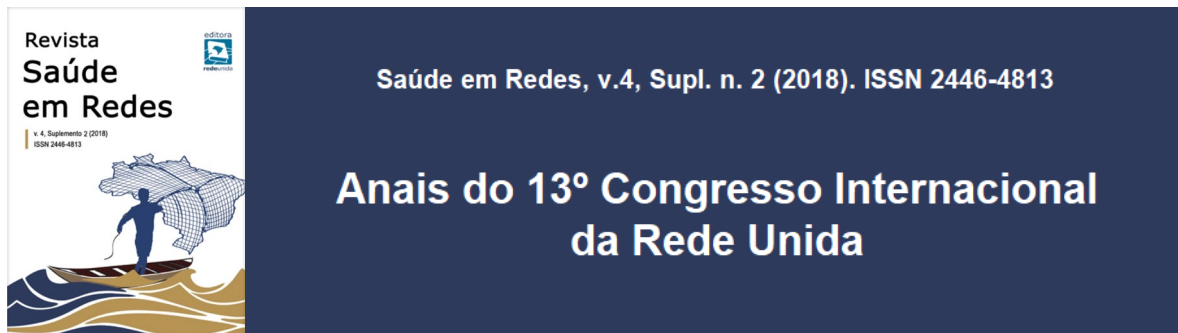
RUOCO, M. T. M.; BRÊTAS, A. C. P.; FIGUEIREDO, E. N. Quem falou que idosa só fica em casa?. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 693-698, 2014.

SANTANA, M. A. S. sexualidade na terceira idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. Três Corações, v. 12, n. 1, p. 317-326, 2014.



UCHÔA, Y. S. et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

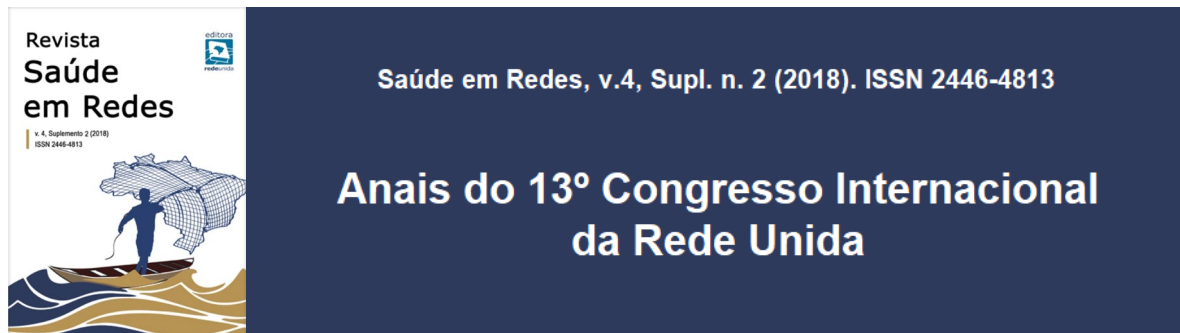
Palavras-chave: Idosa; Educação; Sexualidade; Gênero.



PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEXUALIDADE APÓS O ENVELHECIMENTO

Roberta Lopes, vanda santana gomes, Cinóelia Leal de souza, Elaine Santos da Silva, Ane Carolline Donato Vianna, leandro da silva paudarco, Daniela texeira de souza moreira, simone aline ferreira

Apresentação: A sexualidade da mulher não termina com o envelhecimento, e os avanços na educação e na saúde podem mudar a manutenção e a expectativa de vida sexual das idosas. Sabe-se que há ainda uma falta de abertura social para abordar o tema, e a maioria das idosas se sentem reprimidas e constrangidas por não falar de desejos, que diante de uma sociedade carregada de preconceitos, tabus e dogmas. Assim, a discussão sobre a sexualidade inclui um repensar constante dessa prática, para que essas questões possam ser abordadas pela sociedade, sem reduzi-las aos aspectos biológicos, buscando abranger as percepções do corpo, do prazer e desprazer, entre outros aspectos e valores emergentes relativos à sexualidade na contemporaneidade. Diante disso, este estudo objetivou conhecer a percepção da mulher idosa sobre sexualidade. **Desenvolvimento:** sabe-se que alguns fatores influenciam diretamente como a mulher idosa vivencia a sua sexualidade, como a falta de informação, a vergonha, o preconceito, sobretudo delas mesmas em relação a sua idade. Nesse sentido, tratou-se de um estudo qualitativo descritivo, no qual foram entrevistadas 50 mulheres idosas no interior da Bahia, e foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas. A coleta de dados foi realizada com base no cadastro das 15 Unidades de Saúde da Família (USF) do município. Primeiramente, foi realizado o levantamento aleatório da localização das idosas em cada área de adscrição, em parceria com a USF, para posteriormente a mesma ser abordada em sua residência. A técnica de coleta de dados foi à entrevista direta com utilização de um roteiro não estruturado, composto por duas questões norteadoras, que abordaram a percepção da idosa sobre sexualidade. Os dados foram coletados no período de março a junho do ano 2016, sendo que, cada entrevista, durou em média 40 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas mediante a autorização da participante, para posterior transcrição, assegurado quanto à confiabilidade e privacidade dos dados pessoais obtidos. O tratamento dos dados foi realizado a partir da técnica de análise do conteúdo, seguindo às etapas descritas por Bardin (2011) e Minayo (2007), e foi dividido em três fases: ordenação dos dados: na qual o material empírico coletado (documentos e transcrições das entrevistas) foi organizado, com a identificação das idosas por número e a transcrição dos áudios na íntegra; classificação dos dados e análise propriamente dita. A amostra foi de 50, por conveniência, contudo a saturação das respostas ocorreu com 39 idosas. **Resultados:** As idosas, por terem uma vulnerabilidade pregressa diante de um cenário de tantos afazeres em sua juventude, na qual eram majoritariamente donas de casa, responsáveis por trabalhar, cuidar de filhos e ainda dispor do seu tempo para o marido, vivem hoje das consequências desses fatores. Muitas vezes a realidade diverge do almejado desejo de querer se cuidar, de realizar atividades divertidas e sair da rotina, pois a falta de tempo e de entusiasmo com a vida e consigo mesma é o que caracteriza e concretiza alguns tabus de que idosa não pode



ter uma vida similar à da sua juventude. As idosas mostraram uma associação da sexualidade ao ato sexual, como algo que só pode ocorrer após o casamento, sentindo-se reprimidas pelo medo das críticas e dos julgamentos. Relataram ainda a falta de assistência dos profissionais da saúde sobre o tema, e com isso observou-se a fragilidade da confiança e do vínculo entre paciente e profissionais, devido aos dogmas instituídos pelo tema. Notou-se que mudanças devem ser pensadas sobre a assistência prestada a respeito da sexualidade, podendo ser planejadas estratégias para lidar melhor com esse público usando sugestões dadas pelas mesmas, como a formação de grupos de discussão sobre saúde sexual no envelhecimento. Esse estudo abre caminhos e deixa perguntas a serem respondidas por novas pesquisas, sabemos o que a idosa pensa sobre sua sexualidade, mas como as pessoas enxergam a sexualidade da mulher idosa? Ao falarem da falta de assistência por parte dos profissionais de saúde, levantam um questionamento importante, pois é justamente neste contexto que a dificuldade é retratada, por não terem uma assistência adequada para cuidar da própria saúde, ocultada pela objeção ao assunto. Sendo assim, uma atenção específica voltada para os aspectos físicos e socioculturais, que estão ligados à sexualidade, podem ser um sanador de várias dificuldades vivenciadas por elas. É importante relatar que a sexualidade e o corpo estão intrinsecamente ligados ao cuidado como prática social de vivenciar essa fase, por serem os profissionais que cuidam do corpo no qual se manifesta a sexualidade, desse modo deveriam tratar esse tema com outro olhar, mas falar da sexualidade ainda é um tabu e de certa maneira proibido, onde foi retratada pelas mesmas uma maior dificuldade em abordar o tema. Considerações finais: este estudo visou discutir o olhar da mulher idosa sobre sexualidade, em relatar o tema quebrando os tabus criados por uma sociedade muitas vezes machista e restritiva. Desta forma, constatou-se nesse estudo que entender como a idosa pensa e se sente em sua sexualidade é importante não apenas para compreender o processo de envelhecimento associado à sexualidade, mas fundamental para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência relacionado a sexualidade de forma a garantir a vivência da mesma de forma positiva, sem medos ou preconceitos em falar sobre este processo fisiológico. É importante salientar que a perda do interesse sexual relatado, está relacionada à qualidade do relacionamento amoroso e não a fatores biopsicossociais naturais da senescência na compreensão da satisfação da idosa. Este processo depende, sobretudo não apenas da idosa, mas de um acompanhamento de saúde, e neste propósito contribuir para uma assistência voltada para a saúde sexual nesta fase tão importante da vida, que é a terceira idade. Reafirmou-se a falta de abertura social e capacitação dos de saúde profissionais para atender a essa demanda, os mesmos devem se despir de preconceitos, tabus, e principalmente das críticas.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, et al. Representações Sociais Da Vida Sexual De Mulheres No Climatério Atendidas Em Serviços Públicos De Saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, JanMar, v. 22, n. 1, p. 114-22, 2013.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ARRAIS, et al. Atividade sexual e HIV/Aids na terceira idade: a vivência de alunos da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. Brasília Med. v. 51, n.1, p. 4-12, 2014.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011, p. 226.

BERNARDO R.; CORTINA I. Sexualidade na terceira idade. Rev Enferm UNISA. V. 13, n. 1, p. 74-8, 2012.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. Rev. bras. enferm, v. 66, n. 4, p. 493-500, 2013.

FLEURY, H. J; ABDO CHN. Sexualidade da mulher idosa. Diagn Tratamento. V. 20, n. 3, p. 117-20, 2015.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 406.

SILVA, V. X. L. et al. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. Saúde soc, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2012.

POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4ªed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

Palavras-chave: sexualidade; pessoa idosa; envelhecimento.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ATRAVÉS DA INTERSETORIALIDADE

Anderson Luiz Collesel, Patricia Mudrey Gorchinsky, Karine Oliveira Jabur, Michelle Claudino da Silva Takahashi, Maria de Fátima da Silva Lourenço, Francyne Roberta A. Martins, Ana Paula Almeida Rocha Ohata

INTRODUÇÃO

A presente descrição vivenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta algumas reflexões sobre a importância da relação terapêutica da equipe de referência e suas ações no fortalecimento do vínculo. Nesta experiência, através de tecnologias de baixa exigência surgiu um modelo de cuidado diferenciado.

A rede de saúde apresenta frequentemente situações que envolvem abandono, estigmas, baixo acesso a serviço de saúde e assistência, além de baixa adesão ao projeto terapêutico. A fragmentação da rede com serviços desarticulados, contribui para a dificuldade em desenvolver ações de cuidado para casos complexos.

Precisa-se compreender que a experiência da doença não é apenas uma questão orgânica, mas uma vivência complexa de sofrimento, onde o serviço de saúde deve fazer parte do processo de coprodução do cuidado de modo que exista disponibilidade dos profissionais para a escuta e acolhimento valorizando a singularidade do sujeito. É difícil definir a solução “certa” para situações complexas, entretanto, elas expressam uma característica comum “apresentam tensão entre a necessidade da pessoa que sofre e a necessidade de se manter a harmonia da ordem social; ou seja, sempre há uma tensão entre o que é melhor para a pessoa que sofre e o que a sociedade espera do serviço. (ARAÚJO, 2014)

O estudo tem por finalidade a descrição de uma experiência de cuidado em saúde mental de alta complexidade em decorrência de várias situações de vulnerabilidades, propõem também o fortalecimento da rede e a reflexão sobre a qualificação do acolhimento, bem como a construção do PTS (Projeto Terapêutico Singular) envolvendo a intersectorialidade.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA OU MÉTODO DO ESTUDO

Em sua prática diária o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad) busca atender os usuários de forma singular valorizando a história da pessoa e suas necessidades. Neste estudo de caso a UBS (Unidade Básica de Saúde), solicita ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad) apoio para o manejo de um caso complexo, a ação se desenvolveu no segundo semestre de 2016 quando a epidemia de dengue encontrava-se em fase latente, se instalou uma situação de alerta neste território, segundo relato da UBS um morador vinha causando transtorno à comunidade, acumulando em sua residência lixo orgânico e recicle em grande quantidade. Sendo este um usuário psicótico que há mais de 2 anos estava desassistido pela rede de saúde, por ser considerado violento, agressivo, usuário de drogas e de difícil relacionamento. Recebeu-se da UBS a informação que o usuário residia sozinho e tinha algumas características peculiares, andava



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sempre pintado com tinta verde, puxando um carrinho de mão feito de madeira, acompanhado de três cachorros bem cuidados. O primeiro contato foi realizado através de busca ativa, na rua, entendeu-se que uma das estratégias de aproximação seria acolher e cuidar também de seus cachorros, pois foi através desta estratégia que o vínculo foi se formando, a partir daí inicia-se um processo de cuidado diferenciado, respeitando o direito do usuário. Quando se tem a percepção que a baixa exigência no acolhimento e a alta qualidade de ofertas e serviços constituem uma ferramenta fantástica se consegue mapear estratégias de cuidado baseadas em uma das diretrizes do SUS, a equidade.

RESULTADOS E IMPACTOS

Percebe-se que muitas vezes na busca por resultados passa-se despercebido o sofrimento psíquico do indivíduo e a sua demanda de cuidado. Desta forma através da singularidade das ações observa-se que as necessidades do sujeito são legitimadas e não as necessidades das instituições. Neste estudo identificou-se que a comunidade e os demais serviços da rede tinham um único direcionamento de ações, o acúmulo de lixo, sem pactuar ações com o usuário. Qualquer que seja a iniciativa, dentro ou fora do serviço, ela só adquire sentido na promoção do acesso, quando a prática reflete compromisso com a vida, expresso pelo respeito às diferenças e aos direitos humanos. (ARAÚJO, 2014)

Destaca-se também nesse relato a participação intersetorial com alguns serviços da rede do município através da articulação do CAPS-AD, como: Zoonose, UBS, Vigilância Sanitária e Ponta Grossa Ambiental (empresa que transporta lixo), enfatizando o sujeito e sensibilizando os demais envolvidos para o eixo do cuidado que é o vínculo.

Aos poucos foi se adquirindo confiança e fortalecimento de laços, distante de violência e agressividade encontrou-se um ser humano fragilizado necessitando de cuidado. Inicia-se então o processo de oferta de atendimento onde o paciente abre as portas da sua casa e da sua vida, vínculo fortalecido resolutividade na construção do Projeto Terapêutico. “Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (MERHY, 1994, p.138).

Como principal resultado observa-se um aprendizado coletivo na lógica da co-responsabilização entre usuário, equipe de referência e rede de assistência do município, quando se atua baseado na clínica ampliada se propõem um grande desafio a promoção a Saúde e pactuação do cuidado que foi selado através do acolhimento de baixa exigência quando se aceita os animais de estimação como bem maior desse indivíduo. A partir dessa ferramenta inicia-se a construção de dispositivos terapêuticos, usuário começa a frequentar o CAPS acompanhado de seus animais, com seu consentimento foi realizado um mutirão para limpeza de sua residência, atualmente encontra-se um novo cenário: usuário estabilizado e medicado; casa e terreno limpos e organizados; trazendo um novo olhar da comunidade e resultando no fortalecimento do vínculo com a rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Em Saúde Mental nossa ferramenta de trabalho é o Projeto Terapêutico Singular, porém jamais encontraremos resultados estáticos da mesma forma não existe PTS sem vínculo. Com laços estabelecidos e sem pré-conceitos conseguiu-se antecipar a crise e negociar novas estratégias de cuidado que sempre estarão em construção no nosso processo de trabalho tendo como objetivo maior oferecer saúde e melhorar a qualidade de vida do usuário, dentro da sua singularidade.

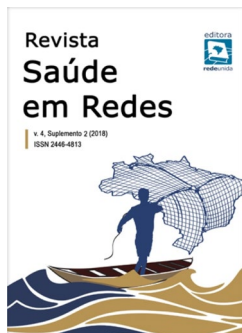
Salienta-se a importância da construção de uma rede de atenção psicossocial, de modo que haja uma efetivação do projeto terapêutico singular dos pacientes da saúde mental, a partir da construção de um processo em saúde. Diante do exposto percebe-se a intersetorialidade como uma ferramenta imprescindível e indissociável para a atenção integral aos sujeitos em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.; SILVA, M. M. C.; BARREIROS, G. B. Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Florianópolis, 2014.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Inventando a mudança na saúde (L. C. O. Cecílio, org.), São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

Palavras-chave: Acolhimento; Intersectorialidade; Projeto terapêutico singular



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OS IMPACTOS DAS RELAÇÕES FAMILIARES NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES APÓS O ENVELHECIMENTO

Daniela Teixeira de Souza Moreira, Cinoélia Leal de Souza, Elaine Santos da Silva, Vanda Gomes Santana, Roberta Lopes da Silva, Leandro da Silva Paudarco, Ane Carolline Donato Vianna

Apresentação: o processo de envelhecimento possui um conceito muito amplo, mesmo identificado com aspectos cronológicos, vai mais além das questões biológicas, sendo fundamentado nas questões biopsicossociais de cada indivíduo e de determinados grupos sociais, que abrangem características específicas, mesmo que estejam inseridos em mudanças sociais similares. Assim a velhice é um processo natural, indiscutível e que não pode ser evitado para a evolução do ser humano. Sabe-se que, o processo saúde/doença compromete a autonomia do idoso, pois, aumentam os custos financeiros e a necessidade de cuidados, que é mais frequentemente oferecido pela família, que desempenha um papel fundamental no suporte ao idoso dependente ou não. Conceitua-se família como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, e que residem no mesmo domicílio ou sozinhas. Em relação às diferenças por sexo nas relações familiares e na constituição de novos laços familiares após o envelhecimento, percebe-se que os homens possuem uma tendência maior de se casarem do que as mulheres idosas, que em sua maioria se mantém viúvas ou solteiras, vivendo com familiares, com presença de comorbidades e, muitas vezes, com incapacidades funcionais. Por isso, torna-se importante compreender como a presença ou ausência da família interfere na qualidade de vida dessas mulheres. Diante do exposto, o presente estudo objetivou refletir sobre as implicações das relações familiares e a qualidade de vida das mulheres idosas. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi refletir sobre as implicações das relações familiares na qualidade de vida das mulheres idosas numa população geral.

Desenvolvimento: pesquisa quantitativa, descritiva transversal, realizada com 550 mulheres, em Guanambi-Bahia-Brasil, no ano 2016, com uso dos instrumentos de levantamento de dados: Mini-exame do estado Mental (MEEM), o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) e um Diagnóstico Situacional. A análise foi univariada, bivariada, com o teste de qui quadrado de Pearson, e regressão logística múltipla, com o software Stata versão 10. A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução n. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob o protocolo CAAE: 50695415.5.0000.5578, e todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados: a amostra foi de 550 idosas, a maioria 292 (54%) estava na faixa etária de 60 a 75 anos de idade, sem companheiro (53,8), com escolaridade menor que 08 anos de estudos (93,3%), negras (54,4) e com renda de até um salário mínimo (60,4%), 12,5% ainda tem ocupação remunerada e 80,9% estão aposentadas. Quanto aos filhos, 96, 4% possuem filhos, no entanto apenas 48,7% moram com os filhos. Em relação à percepção da qualidade de vida 373 (68,4%) das



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

idosas considerou adequada, e dentre as características sócio demográficas apenas a renda familiar apresentou associação com a qualidade de vida. Em relação à percepção da qualidade de vida 68,4% das idosas consideraram adequadas. Sobre o suporte familiar, foi observado que a maioria das idosas não tem cooperação dos familiares com 71, 8%, 72,2% e 72,4% de não cooperação com recursos financeiros, tratamento medicamentoso e redução do risco para acidentes domésticos. A sociedade padroniza deveres e direitos, permissões e proibições para cada fase cronológica da vida humana e a velhice é sem dúvida, a fase da vida que é mais castrada de seus direitos e satisfações. Decorrentes do grande número de indivíduos idosos, algumas discussões não podem passar despercebidas nesse âmbito, principalmente em relação às propostas do poder público em garantir políticas sociais que ofereçam um suporte aos idosos e suas famílias. Isso envolve providências urgentes onde deve haver um maior planejamento das cidades e adaptações dos espaços públicos, regulamentação do sistema previdenciário, avanços da medicina e uma maior estruturação no âmbito familiar e o seu papel para o cuidado com estes. A avaliação da qualidade de vida teve uma diferença significativa quando associado ao apoio familiar recebido pelas idosas. Em sua maioria, as idosas afirmaram não receber suporte mesmo esse grupo de mulheres sendo considerado o que mais necessita da rede de cuidados dos serviços de saúde e da família. Pôde-se constatar que as idosas têm uma boa percepção sobre a sua qualidade de vida, apesar de relatarem que tem pouca cooperação ou apoio por parte dos familiares. Essa situação pode estar relacionada à visão da idosa sobre o que é envelhecimento, visto que muitas vezes as idosas e a própria sociedade percebem a solidão como um acontecimento já esperado na terceira idade. As relações familiares são de suma importância para os idosos, pois favorece ao idoso uma autonomia, bem-estar e autoestima auxiliando para a construção de uma velhice ativa e saudável, influenciando diretamente para uma melhor qualidade de vida. Há que se considerar também que muitos idosos não possuem família, ainda há outros cujos familiares que carecem de recursos financeiros, ou seus familiares necessitam trabalhar, e que não podem afastar do mercado de trabalho para assumir determinado compromisso, o que faz com que haja um crescente número de idosos que moram sozinhos. Portanto, a condição de morar só para os idosos, pode ser associada a uma redução na qualidade de vida e a um agravamento de morbidades, constituindo, até mesmo, um indicador de risco de mortalidade. Muitas das famílias também não têm condições, sociais, psicológicas nem mesmo recursos financeiros ou humanos para cuidar do seu familiar idoso, levando os para asilos para serem cuidados por terceiros podendo influenciar condições de vida e no seu agravamento, levando em consideração principalmente os idosos que não possuem direito de opinar sobre sua escolha de ir ou não para esses abrigos. Considerações finais: a família, enquanto sinônimo de cuidado, deve estar preparada para atender as demandas das idosas, sobretudo as que possuem alguma morbidade, porém é importante que o familiar cuidador tenha também vida própria e não viver em função do idoso dependente. Este quesito só funcionará se houver uma troca entre os membros familiares e este idoso também tenha um acompanhamento multidisciplinar e especializado por parte dos serviços sociais e de saúde. Cabe destacar que, as políticas públicas que tratam do processo de envelhecimento



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

saudável, devem incluir a sensibilização da família e da sociedade que requer uma atenção específica nesse sentido.

REFERÊNCIAS

BATISTA, N. C.; CRISPIM, N. F. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 5, p. 169-189, 2012.

DIAS, D. S. G. D.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.127-138, Mar. 2013.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. *Sau. &Transf. Soc.*, Florianópolis, v.5, n.3, p.20-24, 2014.

Palavras-chave: Envelhecimento; Relações Familiares; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher; Família.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

NÍVEL DE DEPRESSÃO E RISCO SUICIDÁRIO EM JOVENS ESTUDANTES PORTUGUESES

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim, Geraldo Bezerra da Silva Júnior, Rita Baptista Silva, José Manuel Peixoto Caldas, July Grassiely de Oliveira Branco, Francisca Bertilia Chaves Costa

Introdução

Na contemporaneidade, os fenômenos da depressão e da ideação suicida encontram-se em todos os espaços sociais, afetando os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, etnia, classe socioeconômica, cultura ou zona geográfica. A depressão pode ser considerada atualmente um dos principais problemas deste século, sendo um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na adolescência.

Na Região Autónoma da Madeira, Portugal, os adolescentes subsistem num meio relativamente conservador em termos de princípios e valores, porém não estão imunes à solidão, competição, inveja, desemprego, xenofobia, abuso das redes sociais, acessibilidade no consumo de drogas, álcool e outros. Em complementaridade a esta análise dados do Instituto Nacional de Estatística na Madeira, estimam, de um modo genérico, que os jovens são quem protagonizam os comportamentos suicidários no nosso país, constituindo um grupo de elevada vulnerabilidade, dada a precocidade cronológica do ciclo de vida em que estas situações ocorrem.

Os jovens estão entre os mais afetados sendo gradualmente vulneráveis aos comportamentos desviantes. Em todo o mundo, o suicídio é uma das três principais causas de morte na faixa etária economicamente mais produtiva (15-44 anos) e a segunda principal causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos. O objetivo do estudo foi avaliar o nível de depressão e risco suicidário de jovens estudantes de 12 a 18 anos, das ilhas da Madeira e Porto Santo, Portugal.

Metodologia

A nossa população foi constituída por uma amostra (n=1557) representativa dos estudantes dos 12 aos 18 anos de idade, de ambos os sexos, até à data do preenchimento da recolha de dados (Ano Letivo 2014-2015), integrados em escolas básicas e secundárias oficiais das Ilhas da Madeira e Porto Santo, Portugal. Como critérios de Inclusão, abarcámos os jovens que frequentavam a escolaridade normal, estudantes a partir do 7º ano de escolaridade, dos 12 aos 18 anos, sem queixas psiquiátricas. Foram excluídos os estudantes com tratamento psiquiátrico, com idades inferiores a 12 e superiores a 18 anos, bem como aqueles que não preencheram corretamente o questionário dos dados sociodemográficos ou os instrumentos de medida utilizados neste estudo.

Os instrumentos de coleta de dados incluíram questões de caracterização (em particular: sexo; idade; saúde; escolaridade; insucesso escolar; consumo de álcool e drogas; convívio com os colegas e prática de desporto) e duas escalas de medida: uma para a depressão e outra para



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

o risco suicidário. A Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung (ZDS) é composta por 20 itens e mede a depressão expressa pelo próprio entrevistado. As pontuações fornecem indicativos para calcular a gravidade da depressão, sendo que os scores se distribuem pelos seguintes intervalos: 20 - 49 depressão afetiva normal; 50 - 59 depressão leve ou humor depressivo; 60 - 69 depressão moderada e ≥ 70 depressão severa.

A Escala de risco suicidário de J. Stork é composta por 76 itens. Esta escala, em função da pontuação obtida pelos sujeitos, fornece cinco níveis de risco: 0 – 63 Estado Normal; 64 – 79 Estado Intermédio ou Duvidoso; 80 – 97 Fraco Risco; 98 – 107 Risco Suicidário Importante e acima de 107 Risco Suicidário Extremamente Importante.

Todos os participantes foram elucidados da confidencialidade e anonimato dos resultados obtidos, dos objetivos do estudo e previsão da divulgação consequente, dando o seu consentimento informado no momento do preenchimento dos questionários. No tratamento estatístico de dados utilizou-se a estatística descritiva, correlacional, análise fatorial e estatística inferencial. A normalidade da distribuição das variáveis em estudo foi testada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. A homogeneidade das variâncias foi testada através do teste de Levene. Os cálculos estatísticos efetuaram-se com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 22.

Resultados

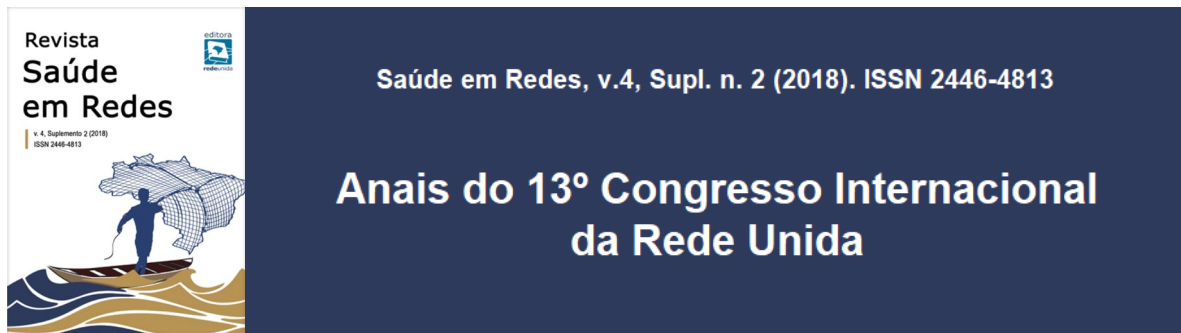
Os instrumentos de medida selecionados evidenciaram elevada consistência interna e demonstraram boa fiabilidade, na Escala de depressão de Zung ($\alpha=0.80$) e na Escala de risco suicidário de Stork ($\alpha=0.91$). A distribuição média de idades foi 15.20, com um desvio-padrão de 1,7 (tabela 1), sendo a maioria (55,2%) do género feminino.

Ao analisarmos a tabela 2, nomeadamente a escala de risco suicidário de Stork, constatou-se que a maioria dos adolescentes (67,7%) manifesta um estado “normal”. Realça-se o facto de 16,8% dos jovens deverem ser alvo de preocupação dado que 10,1% revelam fraco risco, 4,0% evidenciaram risco suicidário importante e 2,7% risco suicidário extremamente importante.

Analogamente, no que concerne à depressão, não se patenteia na maioria dos jovens (81,5%), todavia realça-se que 18,5% apresentam humor depressivo (18,2%) e depressão “major” (0,3%).

Mediante o estudo da correlação entre o risco suicidário e a depressão (Tabela 3), inferiu-se que existe associação altamente significativa ($p=0.000$) entre estas duas perturbações mentais, o que corroborou a maioria da literatura consultada, que salienta que os jovens que têm ideias suicidas sofrem de depressão.

Os resultados obtidos neste estudo também mostraram que existe diferença significativa entre o risco suicido e a idade ($p = 0.000$), o sexo ($p = 0.000$) e o nível de escolaridade ($p = 0,004$), sendo mais evidente nos adolescentes mais velhos (15 a 18 anos), do género feminino, conforme aumenta a escolaridade e se os seus pais não são casados. O estado de saúde, uso de drogas, álcool e falta de convívio com os colegas influenciaram



significativamente no surgimento do risco suicido ($p = 0.000$). Resultados estes que estão em sincronismo com a maioria da literatura consultada.

Conclusão

Os transtornos mentais dos jovens exigem que as escolas, bem como a família reivindiquem a sua primazia de espaços privilegiados, onde os problemas e angústias dos jovens podem ser minimizados. Por conseguinte, torna-se fundamental o fortalecimento de redes de apoio dos jovens, envolvendo principalmente a família, os colegas e a escola, promovendo relações mais satisfatórias e maior bem-estar, visando a melhoria das relações pessoais e a assunção dos valores universais.

A presença destes transtornos mentais tão cedo na vida demanda não só uma intervenção psicossocial com estratégias eficazes e concertadas para reduzir futuras repercussões prejudiciais, como por exemplo o sofrimento psicológico, comportamentos desviantes, violência/agressão, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, como também o desenvolvimento/implementação de programas estratégicos educativos, visando a promoção da saúde mental nos jovens universitários e nas políticas socioeducativas.

Palavras-chave: depressão; ideação suicida; jovens;



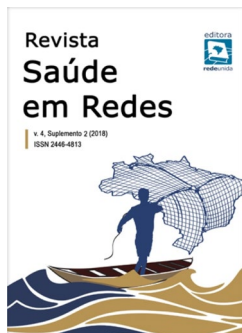
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO NA TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C EM MANAUS- AM

Isabela Gonçalves, Gabriela Abreu, Lorena Lobo, Phâmela Costa, Nathália França

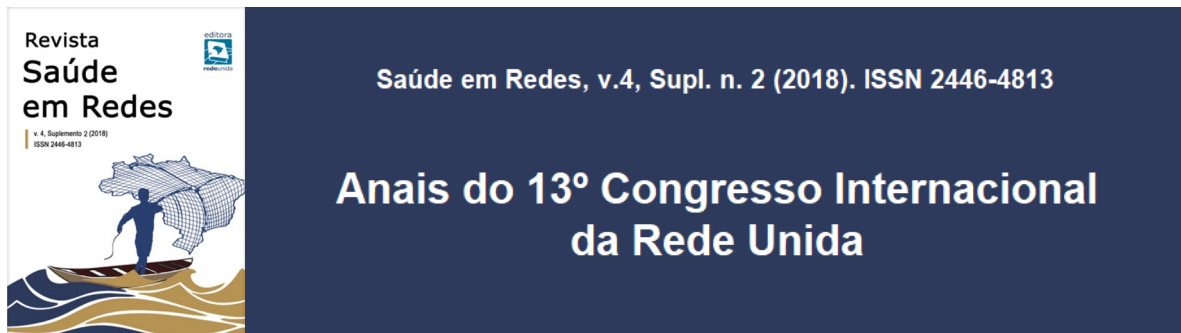
A partir da concepção ampliada do processo saúde-doença, a 'atenção à saúde' tem como objetivo conceber e organizar as políticas e as ações de saúde em uma perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o preventivista. Tendo em vista a importância social e epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis, o Ministério da Saúde instituiu políticas direcionadas no intuito de evitar, eliminar ou minorar tal questão. Uma delas diz respeito a testagem rápida para o HIV, Sífilis, Hepatites B e C no âmbito da Atenção Básica (AB). Dessa forma exige-se que os profissionais da AB possuam competências, possibilitando a tomada de decisão fundamentada em conhecimentos específicos para a realização da testagem rápida, assim como do aconselhamento pré e pós teste. O aconselhamento, em especial, é uma ferramenta fundamental da testagem rápida, na qual se pode orientar sobre a situação de saúde, e evitar futuros riscos para si e para os outros. Objetivo: Examinar a competência dos profissionais de saúde na prática do aconselhamento e conduta frente aos usuários que realizam a testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatites B e C na rede de atenção à saúde da cidade de Manaus no ano de 2014. Método: Pesquisa de cunho quantitativo, de caráter descritivo a partir de dados primários, coletados com os profissionais de saúde de nível superior, envolvidos diretamente no processo de testagem rápida (TR) e aconselhamento das unidades de saúde do distrito sanitário oeste e sul da secretaria municipal de saúde de Manaus (SEMSA) em 2014. Foram excluídos os profissionais que não estavam presentes ou estavam afastados, de licença médica ou férias e os que entregaram o questionário sem resposta. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário estruturado, com questões abertas e fechadas contendo questões relacionadas a caracterização dos profissionais; caracterização da prática do aconselhamento pré e pós testagem; In(adequação) da prática de aconselhamento pelos profissionais de saúde; In(adequação) da conduta dos profissionais de saúde frente ao resultado positivo e negativo. Com relação às características da prática dos profissionais foram analisados o tempo atuando no serviço, se sua responsabilidade se restringia ao aconselhamento, à TR ou a ambos, sobre a última capacitação que receberam, e sobre características da atuação com: etapas do aconselhamento, duração e tipo (individual, coletivo ou ambos). Em relação às perguntas abertas. Buscou-se encontrar três características essenciais do aconselhamento na primeira pergunta: o apoio emocional, o apoio educativo e a avaliação de riscos, sempre com uma iniciativa de manter o diálogo e a troca de conhecimentos a fim de traçar um planejamento de saúde. A coleta dos dados ocorreu entre agosto e novembro de 2015. Os dados coletados foram digitados e analisados no Software Statistical Package for Social Sciences 16.0, e seus resultados apresentados em tabelas contendo o quantitativo absoluto e a frequência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEA sob o CAAE 45771015.5.0000.5016. Resultados: Do total da



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

amostra estabelecida em relação aos profissionais que trabalhavam com testagem rápida e aconselhamento da rede de saúde dos DISA Sul e Oeste, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 17 foram os profissionais que compuseram a mesma. Três das instituições não entraram no corte, pois um profissional do DISA Oeste se recusou a assinar o TCLE e duas instituições do DISA Sul recusaram-se a aceitar o termo de anuência da SEMSA e aprovação pelo CEP. A maior parte das instituições das redes de saúde dos DISAS Oeste e Sul que realizam a testagem rápida são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) 64,7%, contudo no DISA Sul pode-se perceber um equilíbrio entre as instituições que realizam a testagem sendo 44,4% UBS e 44,4% Policlínicas. A primeira característica marcante da amostra no quesito profissão é que do total de entrevistados, 14 (82,3%) são enfermeiros. Os outros profissionais não-enfermeiros (100% do DISA Sul) são 02 Assistentes Sociais e 01 Psicólogo. As características mais prevalentes quanto à prática são a de profissionais que trabalham entre 5 e 10 anos na área (47%) vindo em segundo lugar os que trabalham dentre 1 e 5 anos (29,4%), e realizam tanto o aconselhamento quanto a TR (41,1%). A maior parte dos profissionais realiza ambos (o que é ideal segundo o Ministério da Saúde), contudo 58,8% são responsáveis por apenas uma das atividades. Além disso, enquanto quase todos os profissionais do DISA Oeste realizam o atendimento abordando as duas atividades, a maioria no DISA Sul mostrou-se responsável apenas pelo Aconselhamento. É notado que boa parte dos profissionais, para desempenhar sua função, obtiveram capacitação dentre 1 e 5 anos atrás (64,7%). Além disso, a maioria afirma realizar ambas as etapas do aconselhamento (o pré-teste e o pós-teste) (88,2%). A prática do aconselhamento mais utilizada dentre os entrevistados foi a individual (76,5%). Apenas um profissional marcou a alternativa de apenas aconselhamento coletivo como o tipo realizado em sua unidade. Outros 17,7% utilizam ambos os tipos de aconselhamento. A duração do aconselhamento segundo 64,7% não é fixo, pois há variação de duração de acordo com cada atendimento, o restante dos profissionais (35,2%) identificou que o mesmo é realizado em 15 minutos. A característica em que mais respostas se encontraram inadequadas foi a de avaliação de risco, identificando-se uma dificuldade dos profissionais realizar um atendimento que envolva diálogo que mostre as possibilidades e mostre benefícios e caminhos para que o cliente tome as próprias decisões. Os resultados com relação à conduta frente ao resultado positivo revelam novamente maior adequação quando se trata de apoio educativo e encaminhamento (88,24%). Trazendo um crescimento de cerca de 5% da adequação do apoio emocional da concepção de aconselhamento para a situação de comunicar um resultado positivo (52,94%). A atitude de dar autonomia ao usuário foi pouco adequada apresentando 35,29% de respostas que contemplassem, sendo apenas maior que a atitude de sensibilização sobre a responsabilidade social, sendo vista em apenas 1 profissional a preocupação em orientar quanto ao papel de cidadão e a preocupação com o outro. Os resultados referentes à conduta frente ao resultado negativo revelam que a característica que apresentou maior quantidade de respostas adequando-se 88,24%, foi a orientação quanto a hábitos de risco. Em relação às outras características, cerca de 47,06% dos profissionais se adequaram ao quesito de orientação quanto ao cliente não estar imune e apenas 2 (11,76%) atentaram-se à avaliação



da janela imunológica em suas respostas. O contraste das características de apoio educativo e avaliação de riscos sugere que os profissionais tenham mais facilidade em dar informações durante o apoio educativo, do que dialogar sobre essas na avaliação de riscos. Conclusão: A realização de uma orientação adequada pelo profissional de saúde poderia diminuir a cadeia de transmissão, ao tornar o paciente um multiplicador do conhecimento obtido no aconselhamento, reduzindo novos casos de doenças. A grande presença da postura normativa, de difícil diálogo entre profissional e usuário trazem à tona alguns questionamentos. Estes profissionais entendem quando deixam de mostrar possibilidades e benefícios para estabelecer regras de comportamentos a seus clientes? Eles receberam capacitação para identificar estas atitudes no seu comportamento? Os mesmos têm com quem dialogar sobre a sua atuação para encontrar novos meios? É possível através de treinamentos e capacitações estabelecer estratégias que aumentem a adequação dos profissionais nos quesitos de apoio emocional e avaliação de riscos?

Palavras-chave: Competência Profissional; Aconselhamento; Testagem Sorológica



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONDIÇÕES BIOMECÂNICAS DE TRABALHO NAS CERÂMICAS E OLARIAS DA SERRA GAÚCHA

Ben Hur, Monson Chamorra, Ida Marisa Straus Dri, Glediston Perottoni

As empresas cerâmicas possuem participação relevante na indústria de materiais de construção mesmo sendo empresas de caráter familiar, pequeno e médio porte com sistema produtivo pouco desenvolvido. Neste contexto, os trabalhadores da indústria cerâmica estão expostos a vários riscos ocupacionais necessitando de melhorias na questão saúde e segurança. Este estudo pretende expor os fatores de risco biomecânico presentes nas cerâmicas da região da Serra Gaúcha através da abordagem qualitativa da análise de documentos produzidos pelo Cerest/Serra, a partir das vigilâncias em ambientes de trabalho, no ano de 2015. Os resultados obtidos demonstram a existência de fatores de risco biomecânico frequentes nessas empresas, como posturas inadequadas e movimentação manual de carga repetitiva associados fatores organizacionais

1. Justificativa.

Os Produtos Cerâmicos possuem uma relevância considerável para a indústria de Materiais de Construção, dados que em 2015 era o 3º segmento na participação em vendas e no PIB e o 1º em pessoal ocupado. Os produtos cerâmicos envolviam 156.423 empregados formais, conforme a ABRAMAT.

Esses aspectos socioeconômicos e os métodos produtivos podem interferir na saúde e segurança dos trabalhadores desse ramo e o assunto “riscos laborais” é pouco explorado.

O Cerest/Serra realizou ações nas olarias e cerâmicas vermelhas da Serra Gaúcha que demandaram inspeções nos ambientes de trabalho no ano de 2015.

Em torno desta reflexão que esta pesquisa vem questionar sobre quais os fatores de risco biomecânicos foram identificados e qual sua frequência nas olarias e cerâmicas da região, considerando a metodologia utilizada.

Objetivo Geral:

Pretende-se expor a existência dos fatores de risco biomecânicos frequentes em empresas do ramo da fabricação de produtos cerâmicos na Serra Gaúcha.

Objetivos Específicos:

Investigar a descrição dos fatores de risco biomecânicos em ambientes de trabalho no ramo da fabricação de produtos cerâmicos.

Investigar os métodos utilizados para a identificação dos fatores de risco biomecânicos.

2. Fundamentação Teórica

Internacionalmente a norma ISO 11228- 1 estabelece parâmetros e limites de criticidade para risco de distúrbios lombares por movimentações manuais de carga.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Colombini e Occhipint (2012) relatam que o objetivo da ISO 11228-1 é especificar limites recomendados para a massa dos objetos movimentados em relação às posturas de trabalho, à frequência e à duração do levantamento, considerando o esforço que os executores estão submetidos.

Esses autores descrevem a ISO 11228-2 como uma norma com indicações para determinação dos perigos e dos riscos potenciais associados ao puxar e empurrar considerando tabelas psicofísicas. E a norma ISO 11228-3 é constituída por aspectos relacionados à movimentação de cargas leves em alta frequência trazendo fatores de risco para distúrbios osteomusculares de membros superiores.

Nacionalmente, a NR nº 17 prevê a consideração das características psicofisiológicas dos trabalhadores nas condições de trabalho apresentando determinações sobre os aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

A FIEMG (2013) relata que os trabalhadores da indústria cerâmica são expostos a variados riscos ocupacionais decorrentes dos equipamentos ou máquinas, dos processos, ambientes e das relações de trabalho. E cita como agentes ambientais: levantamento de peso, esforço físico, postura inadequada, estresse, jornada prolongada e repetitividade.

3. Metodologia

Esta é uma pesquisa aplicada quanto a sua natureza e exploratória conforme seus objetivos. Possui abordagem qualitativa e é classificada como análise documental quanto aos procedimentos técnicos.

A metodologia incluiu análise dos arquivos do Cerest Serra a respeito das vigilâncias em ambientes de trabalho nas olarias ou cerâmicas em 2015.

4. Resultados e discussão

Foram visitadas 23 empresas compostas de 535 trabalhadores ao total.

Em 09 empresas havia apenas o processo de secagem natural, conferindo grande suscetibilidade à interferência do clima. E 14 delas produziam um ou dois tipos de produtos apenas, ou seja, pouca variação de produtos.

Analisadas as condições de trabalho descritas nos documentos das 23 empresas pesquisadas, podem-se observar, a respeito de fatores de risco ergonômicos, as seguintes informações obtidas de forma qualitativa:

- As 23 empresas não possuíam análise ergonômica do trabalho (AET); possuíam estruturas (estantes, vagonetas, vagões e pilhas de tijolos) que não respeitam a antropometria; posturas inadequadas; as movimentações manuais de carga estão presentes de forma repetitiva, não havendo tempo apropriado ao descanso muscular quanto às estas movimentações e a duração destas são longas.

- Em 19 empresas havia posturas inadequadas especificamente de tronco (flexão e inclinação de tronco) além das relacionadas a ombros (elevação acima de 90°) durante as tarefas



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

realizadas. E em 13 destas havia frequência acima de 09 levantamentos de carga por minuto nas tarefas exercidas no momento da vistoria.

- A instabilidade da base dos pés durante movimentações manuais de carga foi observada no momento da vistoria em 08 empresas, pois em 06 delas havia utilização de bancos ou tábuas para alcance das últimas prateleiras e 02 delas possuíam irregularidades no chão onde realizavam as tarefas.

Além destes documentos, para avaliar o manuseio de peso, encontrado em todas as empresas, realizou-se o método Niosh by Ocra que respeita a norma internacional 11228-1. E da análise destas planilhas, observou-se que 21 empresas possuem tarefas com levantamento de peso acima do recomendado, sendo que as duas empresas que não apresentaram este resultado não estavam trabalhando com tijolos durante a vistoria, mas com telhas.

O resultado final das análises do método utilizado apontou limite de peso recomendado excedido por fatores críticos (preponderantes) em 18 empresas. Destas, 11 por frequência de levantamento elevada, 14 por fatores estruturais de lay-out (distâncias horizontais e verticais acima dos limites antropométricos) sendo que destas, 07 apresentavam ambos os fatores

5. Conclusão

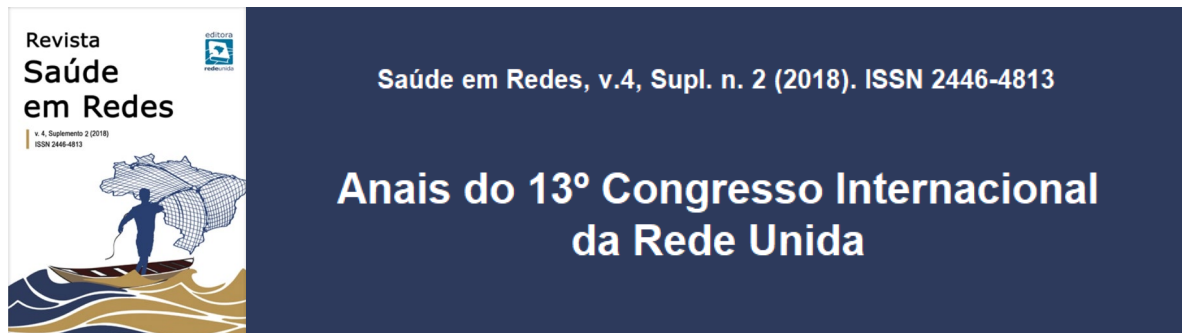
O ramo produtivo de cerâmica vermelha na Serra Gaúcha ainda encontra-se atrasado quanto à prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores. Não há o cumprimento da legislação nacional de saúde e segurança no trabalho e os próprios trabalhadores do ramo demonstram receio do assunto.

As posturas inadequadas por problemas de lay-out, as movimentações manuais de carga repetitivas e a ausência de pausas para descanso muscular (organização do trabalho) foram frequentes, observadas in-loco e registradas em fotografias e vídeos sendo a análise qualitativa realizada em cada empresa.

O fator de risco biomecânico mais relevante para o setor foi o limite para levantamento de peso recomendado excedido estando presente em tarefas de 21 das 23 empresas sendo aferido por método científico. Este método permitiu verificar a presença de lay-out inadequado e alta frequência de levantamentos de carga como fatores críticos para o resultado encontrado.

Portanto, a pesquisa atingiu seus objetivos e durante este trabalho, observou-se que outros fatores das condições de trabalho podem ser estudados através destes documentos. E também, será possível realizar estudos a respeito das medidas adotadas ou não pelas empresas no futuro

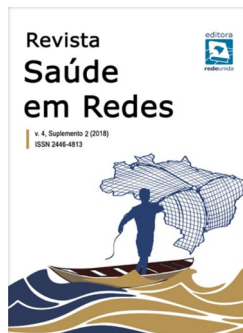
Palavras-chave: biomecânica; trabalho; saúde; indústria cerâmica



O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM GRUPO TERAPÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dassayeve Távora Lima, Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Klivia Sibebe Távora Lima, Lívia Leticia Costa Araújo

APRESENTAÇÃO: Este trabalho objetiva relatar a experiência de construção de um grupo terapêutico em saúde mental por residentes em saúde da família, atuantes no Centro de Saúde da Família (CSF) Alto da Brasília, em Sobral/CE, no período de fevereiro à setembro de 2017. Tal experiência diz da implementação de um grupo terapêutico na linha de cuidado em saúde mental da unidade, no qual se objetiva ofertar ações de promoção de saúde mental no nível primário da atenção, partindo de metodologias e atividades diversas que apostam na autonomia do usuário e na sua capacidade de desenvolver potencialidades, construir novos vínculos sociais e ressignificar, por meio da expressividade, questões relacionadas ao seu sofrimento psíquico. Preconiza-se que a atenção primária à saúde (APS) organize seus processos de trabalho no cotidiano da assistência de modo que estes sejam orientados pelos princípios da territorialização, integralidade, longitudinalidade e atuação multiprofissional, apostando nas tecnologias relacionais como basilares do cuidado. É este enfoque no vínculo e nas tecnologias leves no cuidado em saúde que a APS atua como um espaço propício para o olhar integral e humanizado, concebendo o sujeito como um ser biopsicossocial. Este cuidado que aponta para a integralidade do sujeito, permite pensar em uma ampla gama de ações assistenciais que impliquem na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos nas mais diversas dimensões da vida, fortalecendo a importância de se trabalhar o cuidado em saúde mental no nível primário da atenção. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o cuidado em saúde mental na APS, corresponde à efetivação plena da mudança do paradigma asilar para a construção de um modelo de assistência substitutivo, pois a superação do modelo hospitalocêntrico e manicomial só é possível com a construção de um modelo de atenção psicossocial de cunho comunitário e que atue no sentido de diminuir estigmas e fortalecer a reabilitação psicossocial destes sujeitos. Por conta da capilaridade característica da APS, a mesma ocupa um espaço estratégico na oferta de ações de cuidado em saúde mental de caráter territorial e comunitário. Sabe-se que, apesar da reforma psiquiátrica brasileira surgir no bojo da reforma sanitária, a articulação entre ambas pouco tem avançado na prática e as ofertas de cuidado em saúde mental na APS ainda são experiências bastante incipientes. Apesar desta limitação na assistência ainda ser uma realidade na maior parte dos serviços de APS no Brasil, no município de Sobral-CE, o cuidado em saúde mental é prioritariamente territorial e conduzido pelos Centros de Saúde da Família (CSF), contando com o apoio matricial das equipes especializadas da Rede de Atenção Psicossocial. Neste contexto, o CSF do Alto da Brasília serve como referência no cuidado em saúde mental na APS no município, pois conta com uma linha de cuidado bem estabelecida, possibilitando uma alta resolutividade dos casos ainda no nível primário da assistência. Neste território em específico, identificou-se uma grande quantidade de usuários que demandavam cuidados



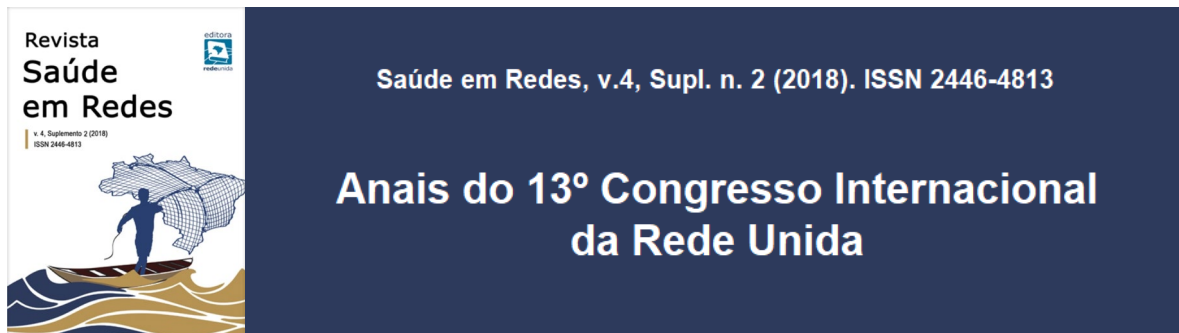
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sistemáticos em saúde mental. Sendo assim, foi pensado então em um grupo que pudesse dar suporte em saúde mental e que se encaixasse no fluxograma de atendimento do serviço, alinhado também com a atenção compartilhada em saúde mental e os serviços de assistência. Nesse sentido, este trabalho objetiva compartilhar a experiência de construção e implantação de um grupo terapêutico em um serviço de APS, enfatizando não só a possibilidade, mas sim, a necessidade de ofertas de cuidado em saúde mental neste nível de atenção.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O grupo terapêutico em saúde mental do CSF Alto da Brasília foi idealizado por uma equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e tem como objetivo realizar o acompanhamento a usuários que demandam cuidados em saúde mental e que possam ser beneficiados pelas atividades terapêuticas realizadas no grupo. Tais atividades se orientam principalmente pelos princípios da reforma psiquiátrica e sua articulação com a estratégia saúde da família, no sentido da promoção da saúde. Os usuários são acompanhados longitudinalmente e se aposta na liberdade, na escuta empática, na arte, e na humanização do cuidado como ferramentas terapêuticas no cuidado. Os usuários que participam destas atividades são prioritariamente: 1) pessoas que fazem uso crônico de psicofármacos, 2) que foram acompanhados pelo CAPS Geral do município e que receberam alta, 3) egressos de internações na unidade psiquiátrica do hospital geral que oferece suporte à demandas de crise, ou ainda, 4) quaisquer usuários em situação de sofrimento psíquico que possa ser beneficiado pelas atividades terapêuticas realizadas no grupo. Com a identificação dos usuários que demandavam de cuidados sistemáticos em saúde mental pela unidade, foram planejadas ações de mobilização dos mesmos e de alinhamento teórico-conceitual para a equipe de referência da unidade. Após a mobilização dos profissionais e o convite feito aos usuários, deu-se início às atividades do grupo, com periodicidade quinzenal. Os horários, dia da semana e local do grupo foram pactuações feitas com os próprios participantes. As atividades realizadas são dinâmicas e participativas, buscando a expressividade destes usuários e respeitando os limites de cada um. No geral, realizam-se atividades como oficinas, atividades arteterapêuticas, práticas corporais, técnicas de relaxamento (meditação, autocinética e consciência corporal), exibição de filmes e rodas de conversa. Dentre algumas metodologias utilizadas para a condução dos momentos, destacam-se a da colcha de retalhos, a construção do painel coletivo, expressividade com argila, pintura em pedras, cine debate sobre o dia nacional da luta antimanicomial, oficina de medicamentos fitoterápicos, atividades de pintura e arteterapia. Os facilitadores das atividades do grupo são os residentes em saúde da família, a preceptora de campo e contamos ainda com o apoio de alguns agentes comunitários de saúde.

RESULTADOS: Desde sua implantação, o grupo tem se mostrado um dispositivo potente na promoção de saúde mental, apresentando-se como um importante recurso na construção de planos de cuidado e projetos terapêuticos singulares. A oferta de um espaço acolhedor e facilitador de atividades expressivas têm promovido um fortalecimento da autonomia e do autocuidado destes usuários. Tal retorno é obtido pelos mesmos na avaliação das atividades que acontece ao final de cada momento. Este grupo ainda atua como um espaço de cuidado com os cuidadores, pois alguns profissionais da unidade participam das atividades no sentido de



vivenciar um momento de cuidado de si. O grupo apresenta ainda uma dimensão formativa, pois além da formação dos próprios residentes em saúde da família, atua como um espaço de educação permanente em saúde para os profissionais da equipe mínima, e recebe também acadêmicos que procuram compreender como acontece o fazer da saúde mental e da atuação multiprofissional na atenção primária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência relatada se apresenta como uma estratégia promotora de saúde mental, com enfoque no papel fundamental da APS nos cuidados em saúde mental. Cabe ressaltar que esta experiência se fundamenta no paradigma do cuidado e da promoção da saúde, onde, mais do que buscar a “cura” das pessoas em sofrimento psíquico, objetiva-se fortalecer gradientes de autonomia, compreendendo-os como fatores de qualidade de vida. Por fim, enfatiza-se a importância do cuidado em saúde mental na APS, entendendo-o como critério fundamental para a efetivação de um modelo substitutivo alinhado com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Serviços em Saúde Mental; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.



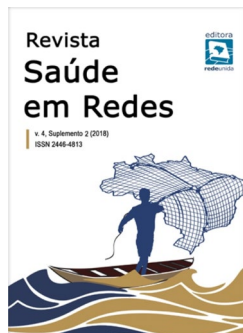
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Leandro Da Silva Paudarco, Cinoelia Leal De Souza, Elaine Santos Da Silva, Vanda Santana Gomes, Roberta Lopes Da Silva, Ane Carolline Donato Vianna, Daniela Teixeira De Souza Moreira, Jaqueline Pereira Alves

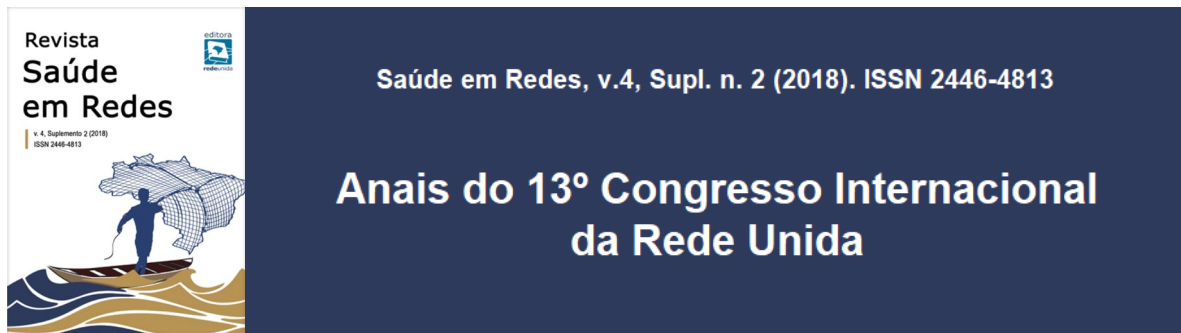
Apresentação: envelhecer é um processo natural, que acarreta alterações psicológicas, físicas e sociais que afetam cada indivíduo de forma particular. O envelhecimento populacional é considerado atualmente, como um fenômeno universal, que ocorre de forma progressiva, principalmente no segmento feminino. Essa transição demográfica é evidenciada, sobretudo nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, identificado pela diminuição das taxas de mortalidade e natalidade em decorrência da mudança do perfil das famílias, pois as mulheres estão se tornando mais independentes, conquistando seu próprio emprego e sua carreira sólida, postergando assim seus planos de construção familiar, como não casar ou casar e ter filhos, favorecendo assim o aumento do número de idosos. Uma vez que, o percentual de pessoas idosas, segundo a Política Nacional do Idoso, é de aproximadamente 10,8% da população total, correspondendo a 20.590.599 milhões e segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística só tem a aumentar ao longo das décadas. Diante desse evento, é importante que o sentido de envelhecer oportunize ao indivíduo, a escolha por hábitos de vida saudáveis como uma alimentação balanceada e nutritiva, um estilo de vida mais adequado, pois as praticas de atividade física vão garantir uma sensação de bem estar e euforia, melhorando os níveis de serotonina e outros hormônios que controlados ajudam a diminuir o índice de certas doenças como o Alzheimer, dentre outras, além de proporcionar o controle da saúde que condiciona a uma melhora na qualidade de vida. Nesse sentido, a é importante conhecer quais condições e fatores tem afetado a qualidade de vida da mulher, principalmente no processo de envelhecimento. Sabe-se que as condições socioeconômicas desfavoráveis, sejam por necessidade de auxílio financeiro, físico ou afetivo, afetam diretamente a forma com que cada uma vivencia suas experiências sociais, familiares, psíquicos e biológicos que pode criar laços de dependência, uma vez que este já não tem a vitalidade do envelhecimento com saúde. Diante disso, o objetivo desse estudo, foi analisar a percepção da mulher idosa sobre qualidade de vida da mulher, numa população geral, no ano de 2016. Desenvolvimento: estudo quantitativo, transversal e de caráter descritivo. O estudo foi realizado com 550 idosas do município de Guanambi, estado da Bahia. Para efetuar a coleta, foi realizada uma abordagem em suas residências, após mapeamento obtido mediante cadastro nas Unidades de Saúde da Família dos respectivos bairros. Os instrumentos utilizados foram um formulário semi-estruturado de diagnóstico situacional e o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- brief). Para análise da percepção da qualidade de vida foi utilizado os escores adequado e inadequado. Os dados foram tabulados utilizando o programa de computador Microsoft Excel®, analisado por meio do programa estatístico Stata versão 10. Os critérios de inclusão do estudo foram: mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, que estivessem



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

conscientes e aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as fases deste projeto de pesquisa foram realizadas em consonância com as questões ético-legais da resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob o protocolo CAAE: 50695415.5.0000.5578. Resultados: das 550 idosas participantes da pesquisa, a maioria possuía idade entre 60 a 70 anos (54,1). No que se refere à renda familiar 60, 4% recebem um salário mínimo por mês. Percebe-se que, nessa faixa etária, a fonte de renda é predominantemente a aposentadoria, fazendo com que muitas idosas vivam em pobreza extrema, muitas vezes, para garantir suas condições de sobrevivência e não reduzir seu padrão de vida, são obrigados a permanecer no trabalho. Constatou-se ainda, uma prevalência das idosas que não recebiam ajuda financeira e mantinham os familiares com sua renda, que na maioria das vezes, era a aposentadoria. Devido ao empobrecimento familiar, que faz com que os cuidadores tendem a morar com eles, uma vez, que dependem do recurso da aposentadoria e/ou pensão para sobreviverem. As dificuldades financeiras impossibilitam a autonomia da idosa e podem desencadear problemas psíquicos, devido à percepção de desigualdade social, e sentimentos de inutilidade e baixa autoestima. Isso pode afetar a saúde, uma vez que, um maior nível de renda permite desfrutar de melhor status de saúde, pela melhor aquisição de bens e serviços, condições de educação e de moradia. Em contrapartida, o acesso ao serviço público, também propicia maior nível de saúde principalmente aos desfavorecidos economicamente. Considerações finais: o processo de envelhecimento é resultado de uma diminuição de execução de práticas laborais, psíquicas e biológicas. Com isso, os idosos tornam-se mais suscetíveis a desenvolver alguma dependência seja física e a patologias que afetam o bem-estar. É notório que, existe a necessidade de atenção à pessoa idosa, pela observação dos aspectos analisados, é imprescindível a implementação de ações que visem melhorar a qualidade de vida deste público tão crescente em todo o mundo, em especial a população feminina. Ressaltando a importância da promoção de formas de envelhecimento ativo, na sociedade que permanecem com a percepção da idosa sedentária, isolada socialmente e completamente dependente de seus familiares ou cuidados de pessoas desconhecidas, tornado cada vez mais esse grupo populacional a visão de indivíduos já vividos e sem contribuição social, ainda que em uma idade mais avançada. Diante da relevância do tema estudado, sugere-se que intervenções não somente na atenção básica de saúde, mas também em outros setores que diretamente estão ligados a esse público, de forma que promovam melhorias da saúde empoderando esses idosos, em especial as idosas, conscientizando, levando a educação em saúde, oferecendo apoio matricial e criando estratégias e formas de prevenir, com a finalidade de proporcionar uma melhoria na realidade atual, como das gerações futuras, para que estas permaneçam ativas, autônomas, com saúde e continue contribuindo na sociedade, pois envelhecer não é sinônimo de doença, mas de perseverança com um completo bem estar físico, psíquico, social e biológico, o que se constitui qualidade de vida.



REFERÊNCIAS

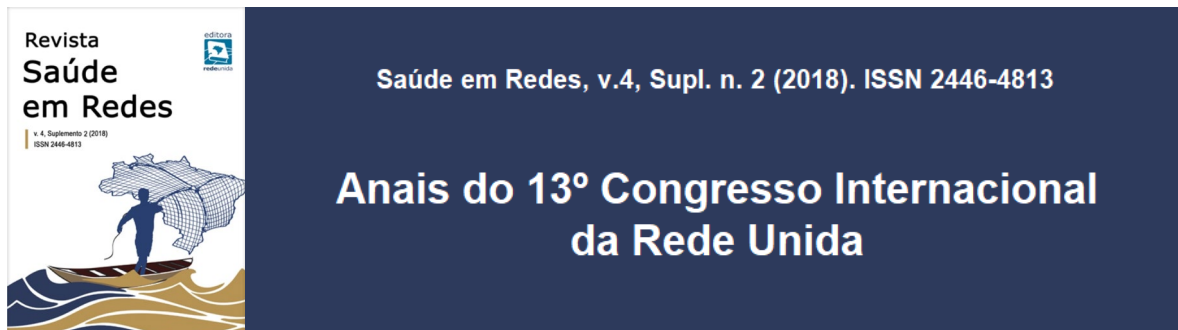
AQUINO, Fernanda Salvatico de, ARAÚJO, Danielle Miranda Ferreira, FERREIRA, Léslie Piccolotto. Idosas Coristas: Valores Atribuídos ao Envelhecimento. Revista Kairós Gerontologia, v.18 n.4, p. 117-131, 2015.

ALBERTE, Josiane de Souza Pinto; RUSCALLEDA, Regina Maria Innocenio;

BRITO, Maria da Conceição Coelho et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. Revista Kairós Gerontologia, v.16, n.3, p.161-178, 2013.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efigênia Ferreira; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, Jul. 2015.

Palavras-chave: Fatores de risco; Envelhecimento populacional; Qualidade de vida; Saúde da mulher.



SENTIDOS DA DEFICIÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Camila Dubow, Patricia Marcante Soares, Marta Regina Mueller, Morgana Pappen, Maria Carolina Magedanz, Edna Linhares Garcia, Suzane Beatriz Frantz Krug

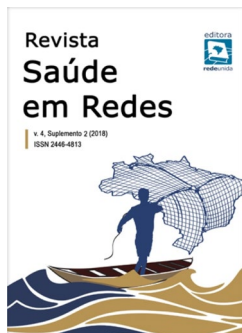
APRESENTAÇÃO:

O conceito de deficiência vem se modificando ao longo dos anos, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as conquistas alcançadas pelas Pessoas com Deficiência (PcD). Entretanto, mesmo com inegáveis avanços na concepção de deficiência e aprimoramento das políticas públicas relacionadas a esta temática, as PcD ainda possuem muitas necessidades no campo da saúde não satisfeitas. Neste contexto, a concepção e os sentidos produzidos a respeito de deficiência são fundamentais para o funcionamento do sistema de saúde, constituindo-se em um horizonte de racionalidades sob o qual os serviços e os processos de trabalho são organizados. As representações sociais da deficiência tornam a atenção à saúde destas pessoas ainda mais complexa, revelando a necessidade do conhecimento acerca dos seus sentidos para os diversos atores implicados nos processos de cuidado, de modo a sustentar mudanças importantes na forma e na organização da atenção em saúde das PcD. Assim, compreender e produzir sentidos acerca da deficiência tem implicação direta nos processos de cuidado, repercutindo nos modos de organizar os processos de atenção à saúde a estes indivíduos. Frente a este cenário, este trabalho objetiva conhecer e analisar os sentidos produzidos acerca da deficiência, por atores implicados com a atenção à saúde de Pessoas com Deficiência.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa realizada na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Participaram 49 sujeitos pertencentes a sete segmentos envolvidos com a atenção à saúde de Pessoas com Deficiência na referida Região de Saúde, assim distribuídos: 01 Coordenador da Política Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul (Segmento 1), 10 Secretários Municipais de Saúde (Segmento 2), 10 Representantes de Atenção Básica (Segmento 3), 02 Coordenadores de Serviços Especializados em Reabilitação (Segmento 4), 01 Coordenador Assistencial de Serviço Hospitalar (Segmento 5), 14 Trabalhadores de Saúde (Segmento 6) e 11 Pessoas com Deficiência ou seus representantes legais (Segmento 7). Os sujeitos dos segmentos 1 ao 5 foram os titulares dos referidos cargos quando da coleta de dados. Para o segmento 06 contemplou-se a representação de todos os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Os sujeitos do segmento 7 foram indicados pelos Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMPEDE) ou coordenadores de Serviços de Reabilitação.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: inicialmente, os 49 sujeitos preencheram um formulário que questionava quais as três palavras que lembravam ao ouvir o termo "Pessoa com Deficiência". A fim de complementar as informações, em um segundo momento,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 sujeitos, questionando-lhes a concepção que possuem sobre deficiência. As entrevistas foram gravadas em mídia digital mediante consentimento prévio e transcritas em sua íntegra. O estudo cumpriu os requisitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo 1.300.666/15 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS

Ao questionar os sujeitos do estudo sobre as três palavras que lembravam ao ouvir o termo “Pessoa com Deficiência”, as mais frequentes foram, respectivamente: Cuidado (20,40% dos sujeitos), Dificuldade (18,36% dos sujeitos), Preconceito (12,24% dos sujeitos), Acessibilidade e Reabilitação (10,20% dos sujeitos). Ao aprofundar esta questão por meio de entrevista, sobressaíram sentidos semelhantes, com destaque para as impressões de incapacidade e limitação funcional, dificuldade e dependência, ilustradas pela seguinte fala de um Secretário Municipal de Saúde:

“Pra mim é aquele que sozinho não consegue o suporte que ele deveria ter, um normal, vamos dizer assim. Essa pessoa depende de outro, depende de cuidado, de medicação. Sempre precisa de alguém pra dar suporte para que a vida dele, social e familiar, seja amenizada perante aquela situação que ele se encontra ali.” (S1)

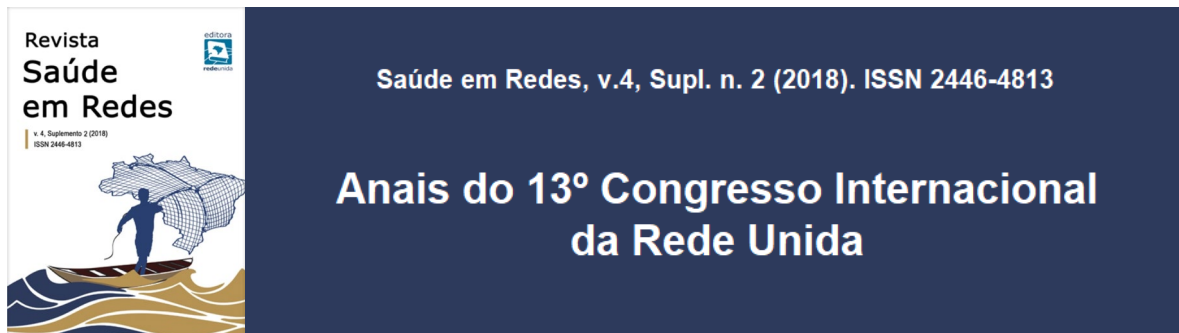
Observou-se, a partir dos sentidos produzidos, grande enfoque na incapacidade funcional destes indivíduos, remetendo à concepção de um modelo tradicional de deficiência, no qual o sujeito precisa de habilidades extras para superar dificuldades e realizar suas ações.

Também emergiram sentidos que traduzem a dificuldade em verbalizar o que seria uma Pessoa com Deficiência, deixando entrever constrangimentos e receios frente à diversidade, demonstrando as limitações e fragilidades que o trabalhador de saúde possui no cuidado às PcD, representados abaixo pela fala de um trabalhador de saúde:

“É uma pessoa que tenha...é difícil conceituar deficiência (silêncio). É alguém que tenha, não é uma necessidade especial, mas que de alguma forma...nossa como é difícil (risos)”.

Percebe-se que, por mais antigas que sejam as condições que envolvem as deficiências, ainda não é uma questão de fácil trato para a sociedade e, de maneira mais específica, para os trabalhadores de saúde, demonstrando a importância de se falar sobre as diferenças no cotidiano dos serviços de saúde. Constata-se, com isso, que a concepção de deficiência nas políticas públicas de saúde ainda não rompeu com a racionalidade sustentada pelo modelo biomédico. Ao mesmo tempo em que existe um forte movimento teórico e político de crítica a este modelo, denominado modelo social da deficiência.

Apesar de a maioria dos sujeitos da pesquisa apontarem as limitações das PcD, também emergiram sentidos que colocam a deficiência como mais uma característica do ser humano com necessidades singulares, porém que não tornam estas pessoas diferentes das demais. Em outros termos, os sentidos apontam para uma compreensão de que de algum modo em relação a um ideal de ser humano, todos temos deficiência. Assim as diferenças não devem



ser vistas como limitantes da vida social, como ilustrada a seguir pela fala de um trabalhador de saúde:

“São pessoas que têm algum diferencial. Na realidade todos nós temos. Eu também tenho as minhas dificuldades, cada um tem as suas, porém as PcD talvez tenham isso um pouco mais acentuado que outras pessoas.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

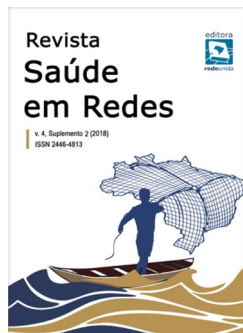
A compreensão da deficiência constitui um horizonte de racionalidade permeado por conhecimentos técnicos e científicos, e, ao mesmo tempo, engloba valores relacionais, como crenças e valores sociais. Observou-se, neste estudo, grande enfoque nos aspectos orgânicos e na incapacidade das PcD, levando à concepção de um modelo tradicional de deficiência, conhecido como modelo biomédico.

Nesta perspectiva, ressaltamos o aspecto da associação entre deficiência e incapacidade, presente em muitos discursos, o que sustenta uma Atenção organizada sob a forma de tutela do sujeito, de modo a fragilizá-lo ainda mais diante de suas demandas. Frente a este contexto, urge a produção de resistências por parte dos profissionais da rede de cuidados.

Nesse sentido, para que se consiga proporcionar uma atenção à saúde de qualidade a estas pessoas, torna-se fundamental que se produzam mudanças na formação dos profissionais, na organização dos serviços e na própria cultura, de modo a suprimir o modelo biomédico e tutelar, discursos ainda hegemônicos na nossa sociedade.

A forma de compreender a deficiência repercute diretamente nos processos de cuidado, impactando nos modos de organizar os processos de atenção à saúde a estes indivíduos. Assim, este estudo revelou a importância de conhecer os sentidos da deficiência para os diversos atores implicados nos processos de cuidado de Pessoas com Deficiência, de modo a atender suas reais necessidades de saúde e proporcionando, desta maneira, um cuidado resolutivo, equânime e integral.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência; Produção de Sentidos; Sistema Único de Saúde



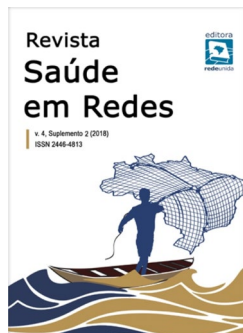
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONTRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICO PARA O AUMENTO DAS TAXAS DE PARTOS NORMAIS NO HOSPITAL PARTICULAR FRANCISCO MAGALHÃES, VINCULADO AO SUS NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL-PA.

Bruna Gomes Almeida, Antonia Sâmela Silva Carneiro, Rosilene Maciel De Araujo, Rosiane Candida Oliveira Araujo

O presente trabalho é resultado de uma análise nas elevadas taxas de partos cesáreos em relação às de partos normais no hospital particular Francisco Magalhães, do município de Castanhal, no Pará, em que verificou-se a mudança significativa nessas taxas de partos normais em um curto período de tempo, com a contratação de enfermeiros obstetras na assistência. Objetivou-se avaliar a relevância do enfermeiro obstetra para o aumento das taxas de partos normais. O método de pesquisa desenvolvido para este trabalho foi quantitativo, por meio da análise de dados registrados anualmente pela coordenação de obstetrícia do Hospital Francisco Magalhaes, correspondendo ao período de 2015 a 2017, nos meses de janeiro a setembro, no qual verificou-se que após a contratação de enfermeiros obstetras as taxas de partos normais aumentaram significativamente no decorrer dos anos em análises. Anteriormente, o hospital contava apenas com um médico por plantão para a realização da assistência e do parto, dessa maneira, não se era possível promover e executar as técnicas de incentivo necessárias ao parto normal. A Resolução COFEN Nº 0516/2016 é a lei que normaliza a atuação do enfermeiro obstetra nessa assistência e nos demais campos relacionados, a qual atribui às competências do profissional determinando que ele seja capaz de prestar uma assistência de forma segura; levar em consideração os aspectos étnico-culturais, emocionais, psicológicos e sociais da mulher; acolher a mulher e seus familiares/acompanhantes; realizar o incentivo de métodos não farmacológicos para o alívio da dor; liberdade de posição no parto; preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto; contato pele a pele entre mãe e recém-nascido; apoio ao aleitamento logo após o nascimento; prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido. O parto humanizado consiste em um processo, que visa reforçar o ato natural de “parir” e, conseqüentemente, combater de frente a cultura que se instituiu com o advento do parto cesáreo, que busca “acelerar” o desenvolvimento do parto com métodos farmacológicos e manobras técnicas ou cirúrgicas, para retirar da mulher o “sofrimento”, o medo, a dor, a ansiedade e a tensão, ou seja, os fatores que acompanham a fisiologia natural de parir e influenciam diretamente na escolha do parto, o que resulta na perda do seu papel ativo nessa dinâmica fisiológica natural. Nesse contexto, a humanização do parto é a principal via para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério fundamentado na assistência obstétrica e neonatal, que está instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº.569, de 01/06/2000. Desta forma, cabe ressaltar a estratégia lançada no dia 28 de março de 2011 pelo Ministério da Saúde, pela Portaria 1.459 que assegura às mulheres direito a atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, e às crianças o direito ao nascimento em segurança, crescimento e desenvolvimento saudável. Essa estratégia veio



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

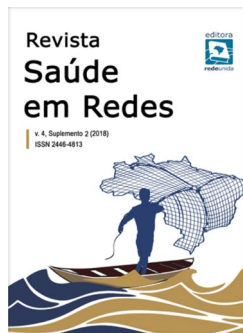
como uma forma regional para facilitar a vida de gestantes na região nordeste e amazônica com o intuito de diminuir as taxas de morbimortalidade de gestantes e RN'S. Visto que, essas grandes taxas eram o reflexo do aumento na quantidade de abortos, da dificuldade que as gestantes estavam tendo para ter um pré-natal de qualidade, das práticas de partos sem embasamento científico, de profissionais desqualificados e pouca equipe de apoio na hora do parto. O parto acontece de uma forma humanizada, com gestão de enfermeiros obstetras, os quais irão dar todo o direito a gestante de escolher o ambiente onde acontecerá o parto, com a presença de um acompanhante de sua escolha que é amparado pela Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Assim, ela vai ser preparada a usufruir de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como: massagens corporais, exercícios respiratórios, banho morno de aspersão, bola de yoga, cavalinho e musicoterapia. Diante disto, notou-se a importância do cuidar em obstetrícia e sua influência na assistência ao parto normal, para subsidiar o apoio e o suporte da mulher em seu trabalho de parto relevando o conceito de parto humanizado. Ao analisar os dados em estudo, identificou-se um crescimento significativo e gradativo no número de partos normais, comparado entre os anos de 2015 a 2017, nos meses de janeiro a setembro. Segundo este contexto, no ano de 2015 quando ainda não havia o profissional de enfermagem obstétrica, registrou-se o total de: 733 partos normais e 1.800 partos cesáreos. Logo após a contratação no ano de 2016, foram registrados: 988 partos normais e 1.759 partos cesáreos, em 2017: 1.038 partos normais e 1.780 partos cesáreos. Nesse sentido, observa-se que o hospital quando tinha um único médico por plantão fazia em média 300 partos, sendo assim, ele não tinha condições de prestar assistência com incentivo ao parto normal, e com o enfermeiro obstetra dentro da clínica obstetra, o médico interna e o enfermeiro incentiva todos os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como o acompanhamento das famílias no parto normal, dentre outros, seguindo as normas e diretrizes da lei 0516/2016. Em vista disso, ressaltamos que o hospital investiu na implantação de instrumentos estruturais para que tornasse possível e viável acontecer efetivamente essa assistência, proporcionando suporte e meios para o profissional desenvolver suas competências e poder fortalecer esse incentivo, como as banquetas para partos normais, banheiras para o parto na água, e salas de parto individualizadas. O hospital conta ainda com cinco enfermeiros obstetras que participaram do SIAPARTO (Simpósio Internacional de Assistência ao Parto), que tem por objetivo ensinar, esclarecer e desmistificar por meio de dados científicos e profissionais da área as diversas situações possíveis em realização de partos. Tornou também possível o emponderamento desses profissionais quanto ao desempenho do seu papel, o que contribuiu para o respaldo das práticas que auxiliam no parto normal, sendo as mais executadas no hospital: o exercício de dilatação, a massagem, o uso da bola de yoga, a musicoterapia e está investindo em treinamento para o acolhimento de risco obstétrico. Além disso, permitem que a mulher se expresse como quiser na hora do parto e escolha a posição de sua preferência para parir, sem episio, claro, levando em conta o tempo de cada mulher. Assim, pode-se dizer que com essas medidas o hospital conseguiu aumentar significativamente as taxas de partos normais em um curto período de tempo, para que assim pudesse se enquadrar nas diretrizes exigidas pela estratégia da Rede Cegonha.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Enfermeiro obstetra; Parto normal; Humanização



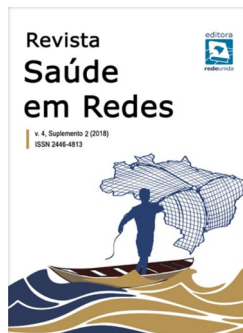
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PEDIÁTRICO COM LEISHMANIOSE VISCERAL.

Alana Dias, Izabela Silveira, Edficher Margotti

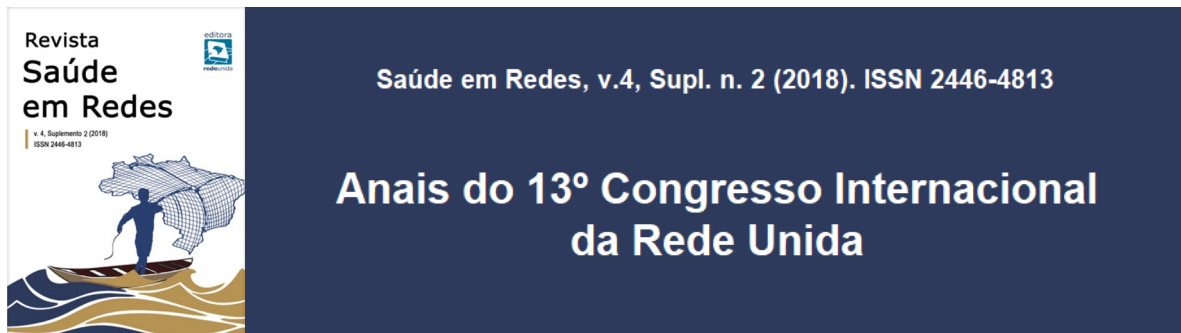
APRESENTAÇÃO: A leishmaniose visceral, também conhecida como Calazar, é uma doença crônica sistêmica, causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*, espécie *Leishmania Chagasi*. Essa é transmitida pelo inseto flebótomo *Lutzomia Longipalpis*, que se alimenta de sangue do cão, do homem, de outros mamíferos e aves. Seu período de incubação varia de 10 a 24 meses, sendo em média de 2 a 4 meses. O Ministério da Saúde registrou no ano de 2016 no Brasil 3.200 casos da doença, na região Norte foram 578 e no Pará no mesmo ano se registrou 341 novos casos, um fator de suma importância é que 80% dos casos em áreas endêmicas ocorrem em crianças com menos de 10 anos. Os aspectos clínicos apresentam a forma oligossintomática e a clássica, porém o número de casos graves ou clássicos é relativamente pequeno em relação à outra. Na oligossintomática observa-se adinamia, febre baixa ou ausente, hepatomegalia está presente e a esplenomegalia quando detectada é discreta. Não se observa sinais de sangramento. Na forma clássica apresenta-se febre, astenia, adinamia, anorexia, perda de peso e caquexia. A hepatomegalia é acentuada micropoliadenopatia generalizada, intensa palidez de pele e mucosas, como consequência severa anemia. Observa-se quedas de cabelos, crescimento e brilho dos cílios e edema de membros inferiores. O diagnóstico é clínico epidemiológico e laboratorial. Esse último se baseia em exame sorológico de aglutinação direta (DAT), reação de imunofluorescência indireta (RIFI) e ensaio enzimático (ELISA); parasitológico, o qual é realizado em material de biopsia ou punção aspirativa do baço, fígado, medula óssea ou linfonodos, exigindo treinamento para sua prática, exames inespecíficos: hemograma, dosagem de proteínas. O tratamento de primeira escolha são os antimoniais penta-valentes (antimoniato de N-metilglucamina). Quando não houver melhora do quadro, a droga de escolha é Anfotericina B, usada sob orientação e acompanhamento médico em hospitais de referência, em virtude de sua toxicidade. Como medidas de prevenção ao homem: estimular medidas de proteção individual, tais como: repelentes, mosquiteiros de malha fina, bem como evitar se expor nos horários de atividade do vetor (crepúsculo e noite). Medidas simples para reduzir a proliferação do vetor a exemplo de limpeza urbana, eliminação de fonte de resíduos sólidos e destino adequado, eliminação de fonte de umidade. Além do controle da população canina errante. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) torna-se importante devido ao planejamento de ações inter-relacionadas que visam a assistência ao paciente divididas em quatro fases: histórico, diagnóstico, planejamento e avaliação de enfermagem. Sua implementação proporciona ao paciente pediátrico acometido de leishmaniose visceral uma assistência de qualidade, onde os atendimentos às suas necessidades serão realizados. Dado ao exposto, o trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), vivenciada durante uma abordagem a um paciente pediátrico com Leishmaniose Visceral, utilizando-se da SAE em relação ao seu



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

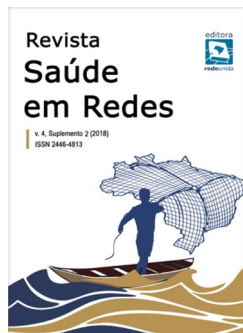
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estado atual. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, de cunho avaliativo para a atividade curricular Enfermagem em Pediatria, da faculdade de enfermagem da Universidade Federal do Pará. O local do estudo foi o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), referência em doenças infectocontagiosas e parasitárias no Estado do Pará. A experiência se deu em outubro de 2017. Foi aplicada taxonomia da NANDA, NOC e NIC através do processo de enfermagem. As informações coletadas foram analisadas e em seguida identificados os diagnósticos de enfermagem, indicado os resultados desejados e proposto as intervenções de enfermagem. O paciente foi escolhido de maneira aleatória e ao primeiro contato, foram coletadas as informações sobre o seu estado atual. Pré-escolar, 3 anos, sexo masculino, diagnosticado com Leishmaniose Visceral, internado há 29 dias, proveniente da cidade de Garrafão do Norte –PA. No momento da anamnese, segundo a progenitora, criança não referiu nenhuma queixa. A criança apresentava se consciente e orientado, calmo e comunicativo, ativo e reativo, nutrido e hidratado, sono e repouso preservados, eliminações vesicais e intestinais presentes e em fralda, os achados que tiveram maior ênfase durante o exame físico foram a presença de placas escuras na arcada dentária, hematomas no dorso da mão esquerda, sinais flogísticos no local do acesso venoso periférico que se encontrava no membro direito; abdome distendido, com veias visíveis. Posteriormente, foi usado o prontuário a fim de identificar o histórico da criança, motivo da internação, manifestações clínicas na admissão, exames laboratoriais e de imagem, o tratamento realizado e evolução do quadro clínico. **RESULTADOS:** Após análise dos dados e problemas apresentados, foram traçados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de infecção e Integridade da Pele Prejudicada, relacionados aos procedimentos invasivos; Conforto alterado, relacionado aos sintomas relativos à doença evidenciado no desconforto ao abdome distendido; Dentição Prejudicada, relacionada a higiene oral inadequada e agentes farmacológicos evidenciada pelo excesso de placas na arcada dentária; Déficit no autocuidado relacionado à incapacidade de fazer sozinho a higiene corporal e alimentação evidenciado pela idade da criança. Espera-se atingir os seguintes resultados: Controle da doença até a regressão da mesma impedindo o agravamento, diminuir os riscos de infecção; integridade da pele dentro da normalidade; diminuição ou retirada de toda placa escurecida da arcada dentária e higienização da forma adequada, padrões nutricionais normais; higienização corporal adequada; e eliminar do risco de queda. Para obter tais resultados, foram apontadas as seguintes intervenções: Aferir e registrar os sinais vitais, trocar o acesso venoso periférico, bureta e equipo a cada 72H ou se necessário; fazer curativo do acesso periférico e avaliar o aparecimento de sinais flogísticos; Controle dos sintomas da doença e propiciar um ambiente confortável; estimular e orientar a higiene oral adequada com antisséptico bucal e encaminhar para odontologia; observar e comunicar distensão abdominal. Outras intervenções foram indicadas levando em conta a idade do paciente, como: realizar higiene corporal; auxiliar no autocuidado; auxiliar na alimentação; manter grades do leito elevada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência vivenciada foi de suma importância para ampliação do nosso conhecimento, possibilitando através da SAE a oferta de um atendimento holístico e pautado em bases científicas a um



paciente pediátrico com Leishmaniose Visceral. Foi perceptível durante o acompanhamento do caso a importância do enfermeiro nos diversos processos de assistência prestados, e o quanto a SAE auxilia no reestabelecimento das necessidades humanas básicas afetadas e na prevenção de agravos à saúde, além de possibilitar a prestação de um cuidado humanizado e de qualidade à criança e seus familiares.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral; Diagnóstico de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

INTERPROFISSIONALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS CONCEITUAIS

Ana Ecilda Lima Ellery, Ivana Cristina De Holanda Cunha Barreto

Apresentação. Considerando que os cuidados em saúde exigem a intervenção sobre fatores causais múltiplos, requerendo, portanto, a participação de profissionais com diferentes formações e compreensão dos complexos fenômenos que se apresentam, necessário se faz revisitar conceitos e compreensões sobre as possibilidades de relação entre disciplinas e profissões, no cotidiano dos serviços em saúde. Neste sentido, o presente artigo objetiva compreender as categorias interdisciplinaridade e interprofissionalidade, enfatizando as semelhanças e diferenças conceituais. Método. Estudo qualitativo, resultante de tese de doutorado, no diálogo com formulações teóricas e empíricas, de pesquisa realizada com 23 profissionais da Estratégia Saúde da Família, numa metrópole brasileira. Resultados. Muito embora existam similaridades entre a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade, consideramos haver diferenças importantes entre estas duas categorias. A estrutura conceitual da interdisciplinaridade é marcada por processos cognitivos, com partilha de conhecimentos, mediados pelos afetos, ocorrendo no campo da organização dos saberes. A interprofissionalidade, contudo, além de envolver processos cognitivos e afetivos, se realiza no campo das práticas, ou seja, no domínio pragmático. Consideramos ser a dimensão afetiva a mola impulsionadora do cognitivo (integração de saberes) e do pragmático (colaboração interprofissional). O profissional, para socializar seus conhecimentos, propiciando a integração de saberes e a colaboração interprofissional, confronta-se com afetos diversos, como o medo de perder espaços de poder e prestígio. Neste sentido, consideramos ser a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade processos mediados pelos afetos. As práticas profissionais são desenvolvidas por trabalhadores com formações dentro de um mesmo campo disciplinar, a exemplo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, regulados por um mesmo conselho profissional; ou de campos disciplinares diferentes, como Psicologia, Medicina, Fisioterapia. Há também trabalhadores da saúde não regidos por nenhum conselho de categoria, como os agentes comunitários de saúde. Assim, no campo da prática, parece-nos mais apropriado falarmos de interprofissionalidade, uma vez que se trata de interrelações e interfaces entre profissões. A Interprofissionalidade é um termo usado para definir a atuação conjunta de diversos profissionais dentro de suas áreas de competência, integrando saberes (domínio cognitivo) e compartilhando práticas ou colaborando em atividades complementares (domínio pragmático), processos estes mediados por afetos. Assumindo este conceito de interprofissionalidade, podemos perceber que ela entra em confronto com a lógica profissional, onde há limites bem estabelecidos para a atuação de cada categoria, regulamentada por leis e fiscalizada pelos conselhos de classe. Consideramos haver assimetrias na permeabilidade entre a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade. A interdisciplinaridade ocorre no campo da organização dos saberes, sendo estes mais facilmente compartilhados, se compararmos com as possibilidades de partilha de práticas e



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

do fazer profissional. Por exemplo, qualquer profissional pode estudar e se apropriar de conhecimentos da farmacologia, mas somente o médico pode prescrever amplamente (o odontólogo e o enfermeiro podem prescrever mediante protocolos). O mesmo raciocínio se aplica ao conhecimento teórico sobre a elaboração de dietas (privativa de nutrólogos e nutricionistas); ao estudo das técnicas psicoterapêuticas (privativas de psicólogos e psiquiatras), dentre outras. Se por um lado o domínio teórico destas técnicas é amplamente permitido, sobretudo com o advento da internet, a sua utilização no campo profissional, contudo, é regulamentada pelos conselhos profissionais, sendo restritiva. A interprofissionalidade ocorre no campo das práticas, onde as fronteiras da atuação profissional são mais rígidas, dificultando a socialização e compartilhamento das práticas. A interdisciplinaridade tem lugar na organização dos saberes, enquanto a interprofissionalidade vai para além desta dimensão cognitiva, efetivando-se no domínio da organização do trabalho. Em síntese, um projeto interdisciplinar envolve as dimensões cognitiva e afetiva, possibilitando uma nova organização de saberes, a partir da utilização de referenciais teóricos de diferentes disciplinas. Este é um processo mediado pelos afetos, uma vez que necessita da disponibilidade, do desejo, da abertura da pessoa para outras formas de ver e interpretar os fenômenos. Todo projeto interprofissional pode ser considerado também um projeto interdisciplinar, pois a prática está alicerçada em referenciais teóricos, que a orienta; por outro lado, nem todo projeto interdisciplinar evolui para um projeto interprofissional. O projeto interprofissional é um projeto interdisciplinar que avançou para a dimensão pragmática, desenvolvendo práticas interprofissionais. A interprofissionalidade é, portanto, um processo de trabalho, mediado pelos afetos, onde profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, resultando numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes; e numa modificação das práticas, quer seja através da colaboração interprofissional, no núcleo específico de atuação de cada profissão; ou/e na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente. Discussão. A diferenciação trabalhada no presente artigo entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade não aparece de forma clara na literatura especializada, sendo conceitos utilizados como correlatos, na maioria dos estudos. Encontramos, entretanto, autores, que, tal como é adotado neste estudo, fazem diferenças entre os termos “disciplinar” e “profissional”. O termo “disciplinar” refere-se às relações no campo epistemológico, cognitivo; e o profissional, às relações entre profissões, referindo-se, portanto, ao campo pragmático. Nas análises entre as relações entre disciplinas e profissões, estes termos são utilizados em conjunto com prefixos “multi”, “inter” e “trans”. Considerar o aspecto da afetividade como presente na efetivação de projetos interdisciplinares e interprofissionais está presente quando alguns estudos referem aspectos subjetivos como dimensão do trabalho interprofissional. Emoções, sentimentos, afetos são os sensores para o encontro, servindo de guias internos e estão correlacionados com as demais funções psíquicas, como a cognitiva (DAMASIO, 1996). A construção de projetos interprofissionais encontra barreiras diversas, que precisam ser pactuadas. A interface do trabalho profissional é um tema complexo, por serem as áreas de competências de cada



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

trabalhador cada vez mais interrelacionadas. Há diversas áreas de competências que são comuns a várias profissões, algumas que são complementares, outras estão imbricadas. O que vai possibilitar estabelecer a interprofissionalidade é o debate democrático da equipe, que deve estabelecer protocolos de trabalho conjunto. Este processo é gradativo, carece de pactuação, não sendo resolvido somente na disputa legal, definindo verticalmente essa interface. Considerações finais. Encontramos evidências de que a interprofissionalidade parece ter maiores desafios a serem vencidos do que a interdisciplinaridade. Isto porque os saberes são mais facilmente integrados, se comparado com as possibilidades de compartilhamento de práticas, regulamentadas por conselhos profissionais. Enquanto a interdisciplinaridade se processa nos domínios cognitivo e afetivo, a interprofissionalidade vai também para o campo pragmático, onde as disputas de poder e status profissional são ainda mais evidentes, complexas. A interprofissionalidade é um processo em construção, havendo questões complexas a serem trabalhadas para sua implementação. No Brasil, a disputa por espaço e hegemonia entre as profissões da área da saúde, sobretudo pela relação assimétrica entre a categoria médica e os demais profissionais deste campo de saberes e práticas, cria uma ambiência que coloca em risco a colaboração entre as profissões. A crescente diversidade de trabalhadores nos serviços de saúde coloca frente a frente profissionais das mais distintas formações, com interfaces cada vez maiores nos saberes e práticas. Portanto, parece-nos imperativo que a organização dos saberes e das práticas se processem, essencialmente, em função dos interesses e das necessidades dos usuários e não dos interesses corporativos. Caso contrário, os serviços de saúde poderão se transformar em “campos de batalha” por espaço, prestígio e poder. Nesta concepção, a multiprofissionalidade só é factível e efetiva sob a ótica da interprofissionalidade.

Palavras-chave: Relações interprofissionais, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Comportamento Cooperativo.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

COMPORTAMENTO GOVERNADO POR REGRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Anchielle Crislane Henrique Silva, Jarbas Reis Da Paz, Lídia Teixeira Machado, Betânia Cardênia De Souza, Jaciany Mota

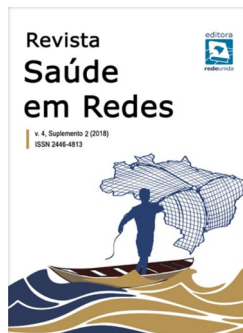
Pessoas interagem em distintos contextos conforme suas vivências e regras vigentes em todos os momentos. Existe duas maneiras dos seres humanos aprenderem a se comportar. Uma delas é realizando ações sob as situações e sofrendo suas consequências, chamado de comportamento modelado por contingências. E a outra maneira de aprender, é através de instruções emitidas por outras pessoas (falante), ao qual nomeia-se de comportamento governado por regras.

As instruções aumentam a probabilidade das pessoas aprenderem de forma mais rápida e eficaz a se comportarem em contextos específicos. Vale ressaltar que regras ou instruções são descrições de relações entre eventos (e.g. situações) que influenciam/alteram as ações de um ouvinte (quem pode ou não seguir a regra). São exemplos de regras: orientações, ordens, avisos, leis, pedidos, mandos, receitas, prescrições médicas, instruções, entre outras. O hospital, é um dos contextos ao qual ocorre várias situações em que é necessário estabelecer regras entre ouvinte e falante. As regras têm características múltiplas e não a garantias que uma pessoa vá seguir conforme a instrução pronunciada. Além disso, saber quais as contingências favorecem o comportamento de seguir uma regra é essencial para a interação entre profissionais, paciente-profissional, paciente-paciente, paciente-família. Ditar regras nesse contexto é de grande valia, pois, poderá proporcionar maior probabilidade de eficácia para as interações dos envolvidos no ambiente hospitalar. Com isso, o presente trabalho tem o intuito de descrever a funcionalidade do estabelecimento de regras para diminuir o comportamento inadequado de um paciente no contexto hospitalar.

O presente trabalho trata-se de um estudo do caso acompanhado no ambiente hospitalar, por terapia breve e de apoio. Em que usou-se de procedimentos psicológicos: escuta terapêutica, estabelecimento de regras, psicoeducação e momento lúdico. E como materiais estratégicos para auxílio dos atendimentos: figuras de expressões de emoções, desenho com níveis de emoções. Foram realizados 5 atendimentos, sendo um por semana.

Paciente do sexo masculino, com idade de 12 anos encaminhado pela equipe médica, por apresentar gritos constantes, mesmo medicado e com hipótese de uma reação incongruente em relação a própria dor física.

No primeiro contato foi realizado uma escuta terapêutica com a acompanhante (avó), pois, o paciente se encontrava dormindo sob efeito do medicamento. Por sua vez, buscou-se obter informações através de sua acompanhante, sendo: Severino (nome fictício) admitido no hospital devido sofrer atropelamento em que lesionou o membro inferior esquerdo com possibilidade de amputação. Sua mãe morreu no momento de seu parto e seu pai é desconhecido. Mora com sua avó, irmãos/ãs (filhos de outro pai) e com os tios. A solicitação de atendimento psicológico foi demandada pelo fato do paciente apresentar gritos muito altos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

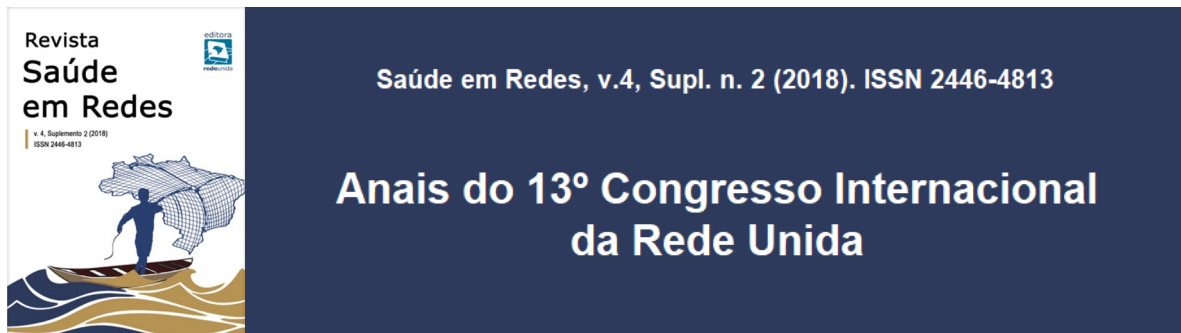
clamando pela enfermeira, se debatendo na maca, incomodando toda a clínica pediátrica. Com isso, foi levantada a hipótese de que o paciente se comportava de tal modo por sentir dor ao lembrar ou ter sensações que levem-no a recordar do momento do acidente.

No segundo atendimento, usou-se figuras de expressões de emoções para incentivar as conversas sobre os sentimentos e emoções do paciente relacionados ao comportamento problema (gritar). O paciente apenas respondeu os nomes das emoções expressas e não aos questionamentos relacionados a emoção, justificando está sentindo dores e iniciando gritos clamando pela enfermeira e pelo maqueiro. Analisando a situação, ditou-se uma regra que descrevia eventos reforçadores para o paciente, que foi: “caso você fique sem realizar gritos por alguns instantes, irei conversar com a enfermeira e o maqueiro (reforçadores) para te levar ao local onde será feito os procedimentos que você tanto deseja, certo? ” O paciente respondeu “sim”, e apesar de relatar sentir dor, o mesmo parou de gritar. Então, o estagiário retirou-se da enfermaria e ficou durante 5 minutos no corredor conversando com a enfermeira sobre o caso e atentando se iria ocorrer o descumprimento da regra. Antes da chegada do maqueiro, aproveitando o momento do comportamento de seguir regra do paciente, realizou-se a psicoeducação. Procurou-se descrever as condições desfavoráveis do comportamento de gritar: “Sabemos que você está sentindo dor, mas não é necessário gritar a todo momento, pois se continuar assim, os profissionais não irão saber o momento certo de vir até você e a intensidade da sua dor, entendeu?”. “Quando sentir dor e quiser chamar a enfermeira, apenas peça para a sua acompanhante chama-la e descreva o que você está sentindo, certo? Fazendo isso terá maior probabilidade da enfermeira vir até você”.

Para o terceiro atendimento, utilizou-se de desenhos com níveis de expressões de emoções em conjunto com a figura de um termômetro. Com isso, era perguntado como ele sentiu-se durante os dias da semana, qual a intensidade da emoções que sentiu. Em meio a isso, foi perguntado ao paciente o que faz ele se acalmar, o mesmo descreve que a presença da enfermeira, pois ela faz passar a dor (aplica os medicamentos), além disso, essa profissional dedicava parte do tempo para assistir desenhos com o paciente e brincar. Neste encontro o paciente encontrava-se tranquilo, porém nos dias anteriores ainda realizou comportamentos apontado pela equipe e outros pacientes como inadequados.

O quarto atendimento, teve o intuito de coletar informações sobre os gostos do paciente. Para isso, foi realizado momento lúdico utilizando-se de desenhos para estimular o paciente a falar sobre os seus gostos. Após isso, estabeleceu-se nova regra para o paciente, descrevendo consequências reforçadora e punitiva: “Olha, tenho uma proposta para você! Se você não gritar durante essa semana, irei te recompensar com algumas das coisas que você disse tanto gostar, certo? Mas, caso não o faça isso, não receberá a recompensa, combinado? Enquanto isso, sua acompanhante e a enfermeira estarão te observando e irá dizer se você ganhará ou não, a recompensa”.

No quinto atendimento, realizou uma escuta de verificação dos comportamentos inadequados no paciente durante a semana e momento lúdico. Conforme a acompanhante, enfermeira e o paciente, descreveram ter extinguido o comportado de gritar a todo momento, com isso, foram discutidas com o paciente as vantagens de tal comportamento apesar de sentir dor.

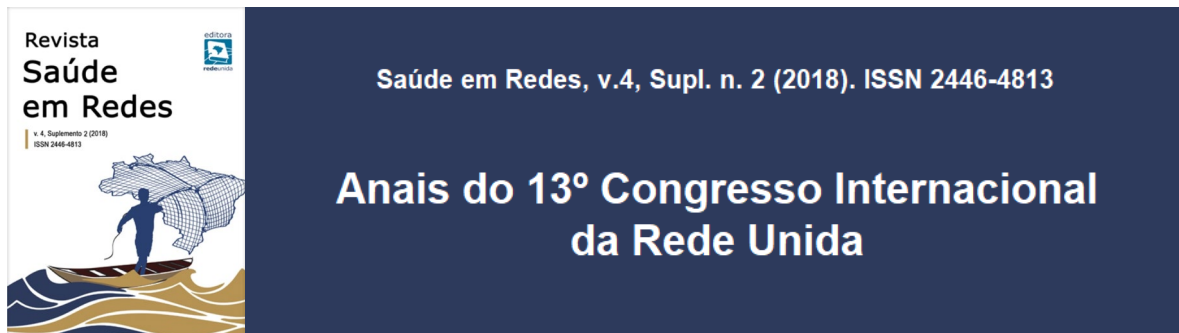


Após a confirmação de “bom comportamento” foi entregue a recompensa seguida de elogios e no momento lúdico, o paciente realizou um desenho ao qual entregou para o estagiário, o que afirma o bom vínculo criado entre ambos.

Além disso, fora conversado sobre o processo de amputação da perna esquerda, o paciente e acompanhante apresentavam-se cientes do procedimento, mostrando boas expectativas futuras expondo-se naquele momento tranquilidade. O paciente passou pelo procedimento cirúrgico, obtendo alta hospitalar antes do próximo atendimento, impossibilitando o acampamento pós cirúrgico.

O presente trabalho teve o intuito de descrever a funcionalidade do estabelecimento de regras para diminuir o comportamento inadequado de um paciente no contexto hospitalar. Percebeu-se que a intervenção baseada no estabelecimento de regras foi eficiente, na medida em que descreveu quais consequências poderiam correr. Vale ressaltar, que todo o conjunto de procedimentos e materiais utilizados contribuíram para a intervenção, pois foram pertinentes para a busca de informações que fizeram compreender o comportamento problema e a elaboração de uma intervenção efetiva.

Palavras-chave: Comportamento; Atendimento Psicológico; Âmbito Hospitalar



A DOENÇA MENTAL NA FAMÍLIA: SIGNIFICADOS E RECURSOS ADAPTATIVOS NO CUIDAR

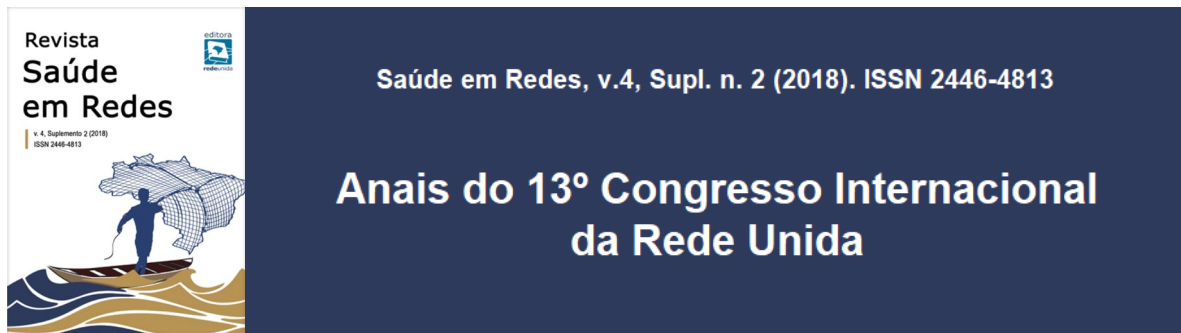
Brenda dos Santos Coutinho, Andreza Dantas Ribeiro, Herman Ascensão Silva Nunes, Renan Fróis Santana, Érika Marcilla Sousa de Couto

Apresentação: No atual enfoque da saúde mental, a família ocupa um novo papel no tratamento do portador de transtorno mental. Porém, estabelecer o cuidado doméstico à pessoa com sofrimento psíquico demanda da família um trabalho complexo, observado o histórico de isenção da família e a atual restituição. Portanto, esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão e capacitação mínima, para que esses cuidadores encontrem meios de lidar com suas frustrações, sentimentos de impotência e culpa. A partir disso, o objetivo do estudo foi compreender o significado de vivenciar um transtorno mental na família com vista a identificar estratégias adaptativas de cuidados desenvolvidos pela família. **Desenvolvimento do trabalho:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa e enfoque fenomenológico. Realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Santarém - PA, no mês de maio de 2016. Participaram do estudo, familiares de usuários atendidos no CAPS, selecionados aleatoriamente e por conveniência. Elegeram-se como critérios de inclusão dos participantes: familiares com 18 anos ou mais, que aceitaram participar da pesquisa, tivessem experiência recente em cuidar de um familiar portador de transtorno mental (PTM), que convivem com o mesmo, e que estes frequentassem o respectivo CAPS três vezes ou mais ao mês. A coleta de dados foi feita em um grupo realizado com familiares direcionados pelas seguintes questões: “Para você, o que significa ter um familiar portador de transtorno mental?”, “Quais as estratégias que você utiliza para lidar com o familiar portador de transtorno mental em casa quando ele está entrando em crise?”. A análise fenomenológica foi feita à luz do modelo de Giorgi. O estudo obedeceu aos princípios éticos dispostos pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, resolução 466/12. Para que a identidade dos participantes fosse preservada, os familiares integrantes (F) foram identificados por ordem numérica. **Resultados:** Participaram do estudo cinco familiares dos PTM que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo. Em referência ao grau de parentesco, quatro eram filhos (as) e, somente um cônjuge/companheiro (a). A partir da análise da exposição dos familiares foi possível identificar três unidades de significado: 1. A repercussão do diagnóstico e a inversão de papéis, 2. Ser familiar e cuidador de um portador de transtorno mental e 3. Deficiências e estratégias no cuidado do familiar com o portador de transtorno mental. A primeira unidade engloba o impacto do diagnóstico para a família, o que traz ruptura na realidade de seus membros, conduzindo mudanças no cotidiano do familiar-cuidador, evidenciado pelo relato: “[...] eu tive que ir pra lá, fazer uma casa pra poder cuidar dela [...], toda vez eu fazia comida lá em casa e tinha que levar pra ela”. (F4). Outro ponto abordado refere-se ao sentimento de inversão de papéis vivenciado pelos familiares, constituindo-se de uma experiência que exige o amadurecimento precoce e predispõe de preparo psicológico, como é ilustrado: “Comigo foi mais a inversão de papel, de filho virei pai.



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Aí eu tive que controlar remédio, que ver comida”. (F3). O indivíduo portador de transtorno mental ocupa o lugar do que necessita de cuidados e os familiares tornam-se os cuidadores. A segunda unidade de significado retrata os sentimentos que devem ser lidados pelo familiar-cuidador diariamente. A visualização de um ente querido acometido por um transtorno psíquico gera o sofrimento conjunto, além dos mesmos se julgarem impotentes diante da situação: “[...], quase entrei em depressão também [...], uma vez eu fui lá com a psicóloga ela disse pra mim me controlar porque se não eu ia ficar ruim também, igual ela. Porque quando ela entrava em crise era o mesmo que eu entrar junto, porque era uma dor maior”. (F4). A experiência cotidiana da família na convivência com o portador de doença mental é marcada de sofrimento e reflete a inabilidade de lidar com a doença, tornando-a fato gerador de estresse. Também foi visualizada nessa categoria, a sobrecarga de um familiar, em específico no cuidado, visualizado a incompreensão e não preocupação pela maioria: “[...], os filhos dela não querem compreender a situação que ela tem, são ignorantes com ela, eu já chamei atenção por isso”. (F1); “[...], é só eu, tem hora que eu tou pirando [...], eu quero que meus irmãos colaborem com alguma coisa, mas eles dão mais preocupação ainda”. (F5). A terceira unidade de significado reflete a carência de conhecimento acerca do cuidar e das patologias psiquiátricas pelos familiares, como apontado nas narrativas: “[...], eu nunca sei o que fazer é quando ele tá chorando, eu nunca sei o que eu faço”. (F3); “[...], tem certos dias que ela conversa sozinha, ouve vozes [...], a gente fica até assim, meu Deus, será mesmo que isso é problema de cabeça? Será que é encosto?”. (F4). Os profissionais da saúde ocupam um papel indispensável, os mesmos devem possuir uma visão que ampare as constituições familiares diversas e os diferentes sentimentos e percepções que ocorrem acerca do transtorno mental. A família necessita que os profissionais envolvidos com a saúde mental, incluindo-se os da atenção básica, ofereçam suporte e orientações, acolhendo suas demandas e dificuldades (BRASIL, 2013). Outro fenômeno presente nas falas dos familiares foram os meios e/ou estratégias desenvolvidas no decorrer da experiência de cuidar de um portador de transtorno mental: “E também o remédio, a pessoa tá em crise, né? Não quer tomar, finge que engole [...], a pessoa tem que botar medo nela, tipo uma pressão pra ela sentir medo e poder ingerir, né? [...], tem que ter uma pessoa que ela tenha medo pra poder sempre tomar”. (F2); “[...], agora eu fiz uma casa lá atrás e vou me mudar [...], pra lá, pra poder cuidar dela”. (F5). A convivência com o portador de transtorno mental produziu nos familiares um conhecimento empírico de como lidar com as dificuldades diárias no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, ressaltando-se a necessidade de autoridade do cuidador perante o que recebe os cuidados, colocando o medo como intermediador. Outro recurso utilizado foi deslocar-se para próximo do familiar adoecido, para facilitar o cuidado. Porém, os tópicos anteriores revelaram as dúvidas e carências dos familiares no cuidado e, estes produzem estratégias que atuam como um escape do não saber como agir. Considerações finais: Compreender o fenômeno de ser familiar de um portador de transtorno mental exige entender a posição do outro, que se desvelou com a alteração no seu modo de ser-no-mundo, provocadas pelas intensas modificações. Para a família, o diagnóstico de um transtorno mental atua como sinônimo de alteração do cotidiano e ambiente domiciliar, além de denotar



a inversão de posições. Observa-se o sofrimento em vivenciar a doença mental na família e a impotência diante da situação, além da sobrecarga enfrentada por um familiar, perante a dispensa dos demais. Também foram abordadas as deficiências no conhecimento do cuidar de uma pessoa enferma mentalmente, ocorrendo à montagem de estratégias de cuidado empiricamente, devido à falta de capacitação e como resultante de tentativas frustradas. Dessa maneira, os profissionais de saúde devem fornecer os subsídios e orientações necessários para o sucesso da família no tratamento e reabilitação psicossocial do Portador de Transtorno Mental, nesse ponto, o compreender o fenômeno torna-se essencial.

Palavras-chave: saúde mental; relações familiares; adaptação psicológica



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

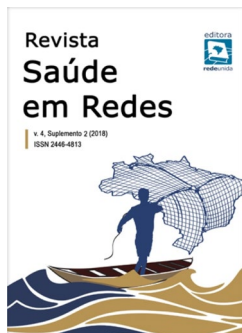
O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: DIFICULDADES E PERSPECTIVAS ACERCA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Brenda dos Santos Coutinho, Andreza Dantas Ribeiro, Isabela Maria da Costa Buchalle, Renan Fróis Santana, Thais Chrystinna Guimarães Lima, Érika Marcilla Sousa de Couto

Apresentação: Os direitos humanos obtiveram destaque com a ditadura militar, e a experiência bem sucedida dos países europeus na substituição do modelo hospitalocêntrico por um baseado em serviços comunitários fez com que a atual política de saúde mental brasileira fosse possível, mediante a mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, no início da década de 1980. Dentro desse eixo, os CAPS assumem papel estratégico na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo definido como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, e outros quadros, cuja permanência é justificada pela severidade e/ou persistência. Diante do exposto, buscou-se estabelecer uma aproximação dos discentes do curso de graduação de Enfermagem, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), campus XII, com os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no município de Santarém/PA, a fim de compreender as dificuldades enfrentadas pelo portador de transtorno mental no seu cotidiano, bem como sua percepção sobre os serviços oferecidos pelo respectivo CAPS.

Desenvolvimento do trabalho: Estudo de caráter descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante a experiência acadêmica realizada em um CAPS, no município de Santarém/PA, no mês de maio de 2016, durante a oferta da disciplina de Saúde Mental, no quinto período do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Por meio da vivência e do diálogo estabelecido com os usuários foi possível compreender as dificuldades enfrentadas pelo portador de transtorno mental no seu cotidiano, sua percepção referente aos serviços oferecidos e como estes os auxiliam no seu cuidado.

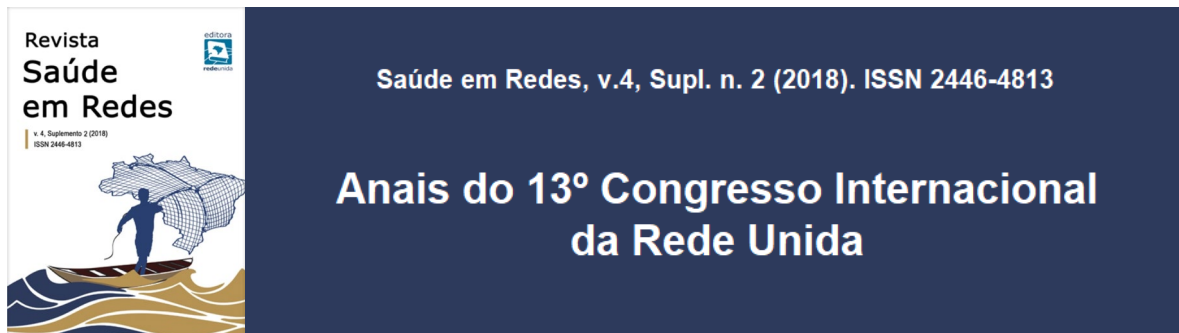
Resultados: As unidades retiradas a partir das vivências e do diálogo com os usuários do respectivo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II puderam ser divididas de três formas: 1. O portador de transtorno mental e as dificuldades enfrentadas; 2. Os desafios dos Centros de Atenção Psicossocial e 3. As potencialidades dos Centros de Atenção Psicossocial. Diante disso, o primeiro tópico foi construído a partir da identificação no discurso dos portadores de transtorno mental, das dificuldades vivenciadas por estes no seu contexto familiar e social, algumas diretamente relacionadas ao próprio transtorno mental, dado que as alterações dos processos afetivos, cognitivos, do desenvolvimento intelectual e social causam danos aos pacientes, assim como para sua família. Dessa forma, alguns usuários relataram que a tristeza, em especial o desejo de isolamento e fobia social bloqueiam seu convívio, participação social, bem como o seu desejo de frequentar os serviços ofertados pelo CAPS. Outro obstáculo relatado pelos pacientes diz respeito à mudança de personalidade, sobretudo onde permeiam a indiferença e irritabilidade, características relatadas pelos usuários como irreprimível e inexplicável, que atua como objeção para a coabitação com os familiares. À vista disso, é notório que a família é afetada quando um de seus membros encontra-se em



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sofrimento psíquico e, ao considerar esse meio social como protagonista do cuidado, este sofre com as demandas, como as dificuldades de lidar com as situações de crise, com a culpa, pessimismo, pelas complexidades do relacionamento com esse familiar e, dentre outros quadros. Outra problemática referida pelos portadores de transtorno mental é o estigma que parte da sociedade e da própria família, bem como a expressão de “mente fraca”, ou que está “sofrendo porque quer”. De forma velada, foi observado que os próprios usuários guardam estigma da sua condição. Observa-se que se faz necessário superar o estigma da população, dos trabalhadores da saúde, da família e dos próprios usuários, uma vez que dificulta a busca pelo tratamento e a compreensão da doença, o que afeta diretamente a reabilitação psicossocial do indivíduo. Já a segunda unidade retrata as deficiências visualizadas pelos usuários nos serviços ofertados pelo CAPS, apesar de todos terem referido que os serviços contribuem de forma significativa para a sua reabilitação, foram discutidos dois eixos principais: o primeiro destaca a falta de atenção dos profissionais de saúde em decorrência da não frequência dos usuários, ou seja, a não procura pelos profissionais, dos motivos que levaram o indivíduo em sofrimento psíquico a não comparecer às atividades. Dentro dessa perspectiva, ressalta-se que deveria haver articulação entre saúde mental e atenção básica, o que amplificaria o potencial do CAPS como gerenciadores de novos modos de cuidado e estenderia a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. Outro aspecto citado foi a sobrecarga dos profissionais com inúmeros pacientes, o que dificulta a humanização. Entretanto, um ponto implícito visualizado nos pacientes diz respeito à atribuição do CAPS como uma “família”, desse modo, se não for dada a devida atenção, o risco de repetir nesses ambientes antigas práticas, criando um manicômio sem muros torna-se real, considerando que a reabilitação psicossocial consiste em restituir o pleno exercício da cidadania ao portador de um transtorno psíquico, com a presença do cenário da casa, trabalho e rede social. No que diz respeito à última unidade, esta traz as potencialidades dos CAPS, na visão de seus usuários. Em vista disso, os pacientes alegaram que o CAPS contribui de forma significativa para a melhora do seu quadro, destacado por estes o acompanhamento realizado pelos profissionais especializados, o tratamento medicamentoso, em especial as terapias e atividades realizadas em grupos, que permite a interação com outros usuários. A socialização e interação com outros portadores de transtorno mental também são aludidos como um momento de relaxamento e descontração pelos usuários, além de assumir uma ocasião para visualização de que não é somente um indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico, ao contrário é um problema compartilhado por muitas pessoas e, que estas estão superando-os. As pessoas que estão com um grau elevado de sofrimento psíquico, muitas vezes, deixam de fazer atividades que lhes dão prazer. O fato de o indivíduo ser portador de um transtorno mental não é sinônimo de invalidez e isolamento, por isso o lazer e inserção na sociedade devem ser sempre estimulados, visto que atividades prazerosas melhoram a autoestima e contribuem para o bem-estar e eficácia do tratamento. O fato de o usuário estar em tratamento no CAPS não significa que ele tenha que ficar a maior parte do tempo no CAPS, ao contrário a reabilitação psicossocial pode ser articulado pelo CAPS, no seu início, entretanto o objetivo



primordial é a reinserção social do indivíduo na comunidade, no trabalho e na vida social. Considerações Finais: Esta experiência contribuiu para o crescimento humano, intelectual e profissional dos acadêmicos envolvidos, pois foi estimulado o ver e tratar o paciente com particularidade, sendo este um indivíduo, e como parte de uma sociedade, de um coletivo, atentando para suas dificuldades, perspectivas e realidade de vida não apenas no CAPS, mas no meio em que se vive. Diante do cenário e do que foi vivenciado, destaca-se a importância das atividades realizadas no CAPS para o portador de transtorno mental, assim como os benefícios gerados, o que por vezes reflete a dependência e ligação afetiva destes ao centro. Devem-se considerar também as dificuldades e fragilidades relatadas pelos pacientes, dentro e fora do CAPS e refletir sobre possíveis soluções, facilitando, apoiando e orientando os usuários e seus familiares a serem protagonistas das mudanças necessárias.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; transtornos mentais; sistemas de apoio psicossocial.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GRÁVIDAS NA COZINHA PROMOVEDO SAÚDE

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides, Ellen Costa Gomes Mendonça, Andréa Cristina Marassi Lucas, Liliane Silva Do Nascimento

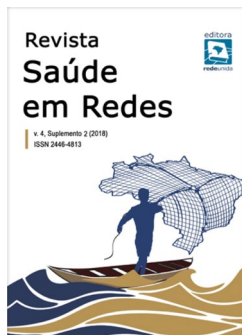
Apresentação: A promoção em saúde é uma realidade que vem se consolidando a cada dia dentro do setor saúde. Seu desenvolvimento se fortaleceu ao longo das últimas duas décadas, representando ações e atividades que tendem a buscar o enfrentamento das iniquidades na saúde e trazer inovações no dia a dia dos serviços de saúde. A promoção em saúde vai além do conceito de saúde, superando o bem estar físico, para um círculo completo e mais abrangente, envolvendo aspectos gerais e totais de vida, que venham garantir o direito à saúde, de forma exequível e integral. A eficaz e eficiente implementação de sua política na atenção primária conduz à mudanças de conduta no acolhimento dos pacientes, com ações que vão além do tratamento de doenças, mas que tendem a alcançar a saúde completa do indivíduo, considerando os determinantes de saúde que o norteiam. Com este novo olhar em saúde um ponto importante e imprescindível é a humanização, que não deve partir somente do setor saúde, mas que deve ser de responsabilidade de todos os envolvidos no processo, pois não se trata de uma hegemonia dos profissionais desta área. Tudo que venha à contribuir para realizar à promoção em saúde, seja por parte do setor saúde ou da comunidade envolvida, é fator preponderante a reduzir os riscos à saúde. Vê-se que experiências inovadoras podem trazer ações originais, que vêm renovar os profissionais de saúde e à visão da comunidade em relação a estes, promovendo a almejada assistência à saúde. É um processo de construção coletiva, onde todos os conhecimentos contribuem para a conquista da saúde, com compartilhamento de experiências, absorção de pontos positivos e negativos das contribuições, gerando assim um novo processo de educação em saúde. Um dos temas transversais da Política Nacional de Promoção em Saúde (PNaPS) visa o cuidado, especificamente o cuidado humanizado, de acordo com a realidade e necessidade local, com empoderamento comunitário, promovendo o diálogo da APS com seus usuários. À assistência à saúde vem justamente buscando a troca de conhecimentos e significa, também, vincular o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada, por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. Assim, os projetos e ações que se desenvolvem na atenção primária promovem protagonismo e resultam em sucesso de promoção em saúde da comunidade, até mesmo em ambientes comuns, e ao mesmo tempo inusitados, como o caso da cozinha da unidade. Desta forma, esta experiência têm como objetivos conscientizar a população de gestantes de uma unidade de saúde acerca de alimentação saudável no período gestacional; promover o empoderamento da comunidade; concretizar ações de promoção de saúde com envolvimento da unidade básica e comunidade. Desenvolvimento do trabalho: A experiência foi realizada na unidade básica de saúde Sara Martins, no bairro Apeú, na cidade de Castanhal – PA/Brasil, com início em abril de 2017. O projeto nasceu quando a equipe da unidade observou a necessidade entre as gestantes, que ali faziam o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

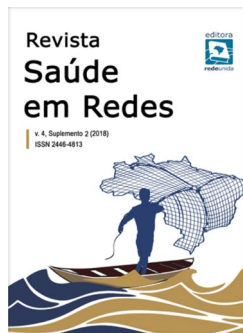
pré-natal, de manter uma alimentação saudável e uma gestação tranquila, sem intercorrências ou patologias que pudessem ser adquiridas devido à má alimentação. A problemática foi observada durante as consultas com a enfermeira, onde 95% das gestantes relataram a dificuldade em cozinhar comidas saudáveis e nutritivas para o período gestacional. Diante desta realidade foi lançado na unidade o “Projeto Culinária Saudável para Gestante”. A ESF da unidade foi a responsável em desenvolver o projeto, mas o envolvimento ocorreu por parte de todos os servidores da equipe da unidade. Os encontros realizam-se quinzenalmente. A cada encontro faz-se a triagem das grávidas com verificação de peso, altura, IMC, que possibilitam o acompanhamento da evolução da gestação, indicando assim o peso ideal para cada semana gestacional. A unidade recebeu doação de fogão e botijão para que as “aulas” ocorressem ali mesmo. O projeto começou com a participação de 15 grávidas. Às atividades iniciaram com a lição básica de como cozinhar alimentos saudáveis, seguidas de orientações da importância dos vegetais; como cozinhar legumes mantendo o valor nutricional; como combinar alimentos para que seus nutrientes fossem adquiridos de forma correta. A interatividade foi estabelecida imediatamente. No terceiro encontro elas já trouxeram receitas que pesquisaram nas redes sociais para tirar dúvidas, fato este que enriquecia muito aquele momento, visto que as dúvidas contribuíram para todas as gestantes. Foi distribuído caderno e canetas para anotações, que acabaram se transformando em caderno de receitas. Resultados: Trata-se de uma experiência inovadora na unidade, que permanece até os dias atuais. Vê-se que o envolvimento da equipe da unidade, das gestantes e da comunidade foi completo e resultou em um impacto positivo no que diz respeito à proposta de uma assistência renovada na atenção primária. As gestantes comparecem a todos os encontros. Na triagem, a partir do segundo encontro observou-se um controle de peso em 80% das gestantes. Ocorreu uma mudança de hábitos alimentares, visto que havia uma preocupação da equipe em adequar a alimentação à realidade econômica e social das gestantes, o que possibilitou essa mudança. O projeto contagia, pois às gestantes que iniciam o pré-natal, na unidade, imediatamente aderem aos encontros, gerando uma corrente na comunidade. Essa é uma experiência de renovação de ações em saúde, um novo olhar que sai da unidade de saúde para a comunidade, representando sua responsabilidade para com esta, e o empoderamento da comunidade que entra na unidade percebendo que esta é sua. Considerações Finais: Às experiências vivenciadas nas unidades básicas de saúde são de uma riqueza imensa para a comunidade que está em seu entorno, com protagonismo de todos que devem estar envolvidos neste processo: setor saúde, comunidade, secretaria municipal de saúde (mesmo que de forma indireta). É assim que se constrói a promoção em saúde. É este o escopo da PnaPs, integrar ações que levem a atingir o conceito ampliado de saúde, estabelecendo qualidade de vida, dignidade, empoderamento de todos os envolvidos. Com projetos se constrói o relacionamento com a comunidade, criando laços de confiabilidade que são fundamentais na promoção de saúde de uma população. Especificamente com o “Projeto Culinária Saudável para Gestante” conclui-se que é importante se apropriar das indicações da política de promoção em saúde, que quando colocada em prática, alcança resultados positivos e que geram melhoria na vida da



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

comunidade. Trata-se de uma corresponsabilidade, onde todos são responsáveis em promover saúde, de forma coletiva, onde o todo vê o um e o um vê o todo.



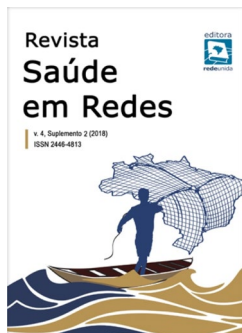
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OCORRÊNCIA DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT) EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SANTARÉM – PARÁ

Victor de Lima Dias, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Françoise Gisela Gato Lopes, Marlyara Vanessa Sampaio Marinho, Adjanny Estela Santos Souza

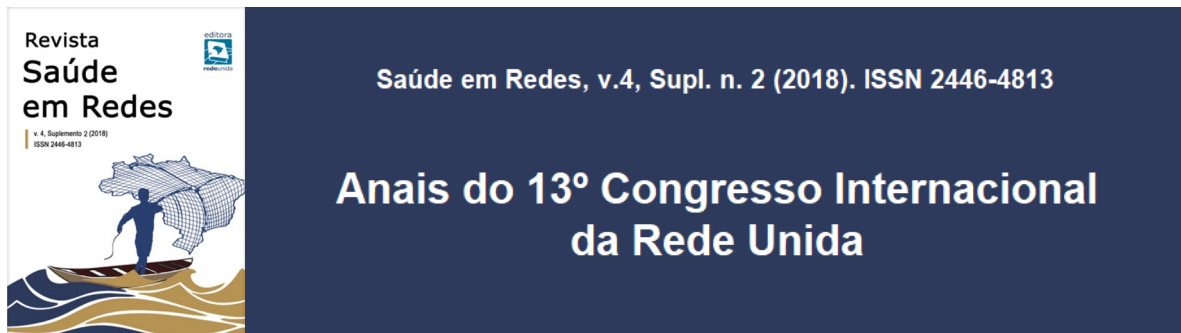
Apresentação: As micobactérias não-tuberculosas (MNT), são bactérias do gênero *Mycobacterium* que não são classificadas em *Mycobacterium tuberculosis complex* e *Mycobacterium leprae*. As MNT abrangem mais de 140 espécies catalogadas até o momento e podem ser diferenciadas utilizando-se de testes fenotípicos, observando o tempo de crescimento, a produção ou não de pigmentos, testes moleculares e o crescimento ou não na presença de bloqueadores químicos. As doenças causadas por MNT tiveram nos últimos anos um crescimento considerável que pode ser explicado em relação a diversas condições como o aumento da exposição ao meio ambiente, bem como o acréscimo da sensibilidade dos métodos de diagnósticos, entre outros. As MNT's são micro-organismos que habitam em vários locais como, solo, água seja ela natural ou por sistemas de abastecimento, animais e aerossóis. A transmissão se dá por meio de partículas inaladas ou ingeridas, não é muito comum a transmissão da MNT de pessoa a pessoa, porém há relatos de contaminação de pacientes pela má higienização de aparelhamentos médicos. A característica clínica mais frequente é a doença pulmonar crônica, seguida por doença da infecção dos gânglios linfáticos, da pele ou tecidos moles e doença disseminada. A doença pulmonar crônica ocorre principalmente pelo *Mycobacterium avium complex*, o risco de infecção aumenta quando se trata de pessoas imunossuprimidas e que possuem doença pulmonar estrutural, assim como também pessoas com antecedentes de sequelas causadas pela tuberculose pulmonar. Os sintomas mais comuns são: tosse recorrente ou crônica, falta de ar, febre fraca, diminuição da força física, emagrecimento, hipersudorese noturna. Em relação as doenças cutâneas, ósseas e dos tecidos moles, grande parte das micobactérias são capazes de causar infecções da pele e dos tecidos subcutâneos. Para além de abscessos cutâneos, são relatados ocorrência de granulomas tenossinovais e osteomielite. Relata-se também casos de infecção nosocomial por cateter de longa duração e regiões de anexação de drenos e feridas cirúrgicas. A forma disseminada das micobactérias não-tuberculosas tem como principal agente causador o *M. avium*. É quase restrito a pessoas em estágio 3 da infecção por HIV, e dificilmente ocorre em outras populações imunodeprimidas. Os sintomas apresentados são, anemia, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, febre, hipersudorese noturna. O diagnóstico etiológico, pode ser feito por hemocultura, este corresponde a 90% dos casos, no restante, quando há falta de isolamento de fluidos sanguíneos ou suspeita de diagnóstico, a análise pode ser feita por biópsia cutânea, óssea ou hepática. No início da apuração do paciente com suspeita, deve ser feita solicitação de radiografia de tórax, e coleta de três amostras de escarro em dias sucessivos, preferencialmente pelo período da manhã, em virtude da acumulação de secreções pulmonares nas vias aéreas no período noturno. Por conseguinte, as amostras irão ser submetidas a testes de baciloscopia e cultura do escarro, sendo eles



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

métodos eficazes de primeira linha para o diagnóstico de tuberculose. Não é muito viável o tratamento das MNT, devido a maior parte dos doentes apresentarem sintomas mínimos, o tratamento tem um tempo de duração muito prologado, além dos custos e efeitos adversos, tornando rara a sua erradicação. Diante disso, é necessário analisar a decisão de tratamento, consciente dos riscos de progresso da doença, a exposição desnecessária a toxicidade medicamentosa, os custos e o estado geral do paciente. O objetivo da pesquisa foi verificar a ocorrência de MNT em pacientes atendidos em uma Unidade de Referência em Santarém-PA, bem como, identificar as espécies de MNT's mais prevalentes na região. Desenvolvimento: Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, descritiva. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado conforme parecer número: 1.379.703. O estudo foi realizado na Unidade de Referência Especializada (URE) em Santarém-Pará, órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA, no programa de tuberculose que atua como referência secundária e terciária para tuberculose nos vinte municípios da região Oeste do Pará, sendo 14 municípios do Baixo Amazonas: Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Prainha, Santarém e Terra Santa; e 6 municípios do Tapajós: Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Placas, Ruropólis e Trairão. Foram coletados dados referentes a ocorrência de MNT em pacientes que foram atendidos pelo Laboratório da URE-Santarém, no período de abril de 2011 a abril de 2017 e as variáveis analisadas foram: gênero, idade, município de residência, zona de residência, dados clínicos, resultados da baciloscopia e cultura. O Laboratório realiza cultura de escarro pelo método de Ogawa-Kudoh e caso haja crescimento encaminha o cultivo para o Laboratório Central do Estado (LACEN), para realização de identificação da espécie e teste de sensibilidade. Resultados e/ou discussão: Durante o período de abril de 2011 a abril de 2017, o Laboratório da URE atendeu com realização de baciloscopia e cultura, 513 pacientes com suspeita de TB ou em acompanhamento de tratamento, 08 (1,56%) apresentaram diagnóstico de MNT. Destes 3 (37,5%) pertenciam ao sexo masculino e 5 (62,5%) ao sexo feminino. A média total de idade dos pacientes com resultado positivo para MNT foi de 68 anos. De acordo com as condições sócio demográficas, 3 (37,5%) pertenciam a zona rural, 5 (62,5%) a zona urbana, 5 (62,5%) eram oriundos de Santarém, 1 (12,5%) de Uruará, 1 (12,5%) de Óbidos e 1 (12,5%) de Jacareacanga. A distribuição de espécies de MNT foi, *M. sp 4* (50%), 1 (12,5%) *M. intracellulare*, 1 (12,5%), *M. avium*, 1 (12,5%) *M. asiaticum* e 1 (12,5%) *M. paraensis*. Considerações Finais: Observou-se que a ocorrência de MNT foi de 1,56% na população estudada. Percebeu-se que entre os pacientes dos quais foi isolado MNT todos eram adultos ou idosos, com média de idade de 68 anos, sendo a maioria do sexo feminino e entre eles uma paciente era indígena. Destaca-se a ausência de estudos publicados sobre o tema, o que comprova a necessidade em se ter mais pesquisas. Por mais que a incidência de MNT não tenha sido elevada na pesquisa, estudos de outros autores confirmam que a incidência realmente é mínima, porém, a notificação e controle dos casos deve continuar acontecendo, a fim de minimizar os problemas relacionados ao custo e a duração do tratamento. Espécies de MNT vem sendo descritas como causadoras de sérias infecções em pacientes



imunossuprimidos, mas também há relatos de infecção pulmonar crônica em paciente humano competente, o que os caracteriza como patógenos emergentes, assim a adoção de medidas de prevenção para evitar a transmissão dessas micobactérias é fundamental.

Palavras-chave: Ocorrência; MNT; Santarém;



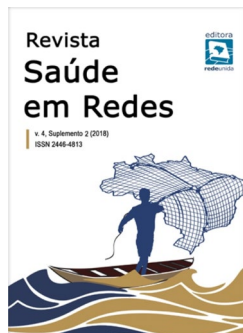
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UM PACIENTE COM TUBERCULOSE

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro, Paula Emannuele Santos do Amaral, Larissa dos Santos Almeida, Kethully Soares Vieira, Daniele Rodrigues Silva, Samantha Modesto de Almeida, Manoel Vitor Martins Marinho, Widson Davi Vaz de Matos

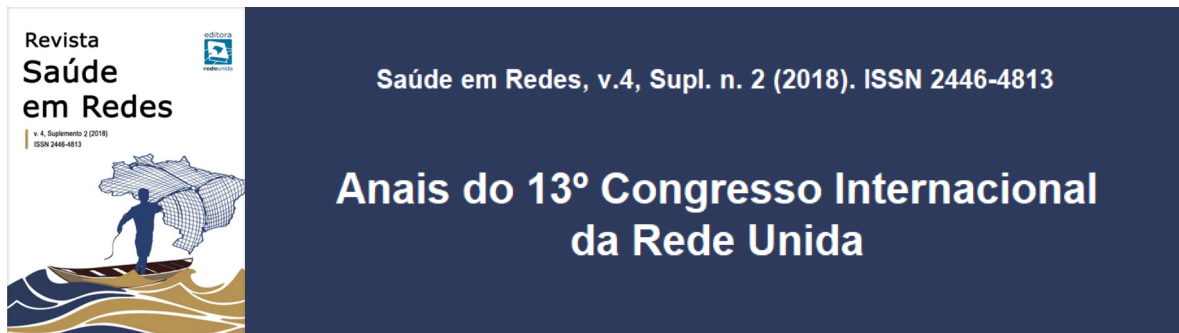
Apresentação: A Tuberculose é um problema de Saúde Pública que tem como agente etiológico o Bacilo de Koch, também conhecido como *Mycobacterium tuberculosis*. A doença ataca, em seu principal foco, o pulmão e atinge todas as faixas etárias, com maior predominância no grupo de indivíduos economicamente ativos (entre 15 e 54 anos). A cada ano são notificados aproximadamente 70 mil novos casos e ocorrem, cerca de 4,5 mil mortes por causa da doença. Devido a sua transmissão ser direta de pessoa a pessoa o fator aglomeração é um facilitante a transmissão, pois pelos atos de fala, tosse e espirro, aerossóis contendo o bacilo se espalham pelo ar alastrando a infecção que se dá pela pessoa acometida eliminando bacilos por não ter iniciado o tratamento, que após iniciado reduz o grau de transmissibilidade. O diagnóstico da tuberculose se dá por dois métodos. O primeiro é clínico através da análise dos sintomas, Anamnese e Exame Físico. Os sintomas frequentes de Tuberculose são: tosse seca contínua, depois a presença de secreção por pelo menos quatro semanas com pus ou sangue, cansaço excessivo, febre baixa, sudorese noturna, rouquidão, emagrecimento acentuado. Após detectar a tuberculose através do exame clínico parte-se para o diagnóstico laboratorial com exames bacteriológicos como a baciloscopia de escarro, que é o método prioritário para detectar a presença de bacilos no indivíduo. A cultura de escarro também é muito utilizada para detecção da infecção, na qual se coletam duas amostras: a primeira amostra é coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum. Na segunda amostra, coleta-se na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite. As unidades de saúde devem ter funcionários capacitados para orientar o paciente, mas além dessas podemos citar também exames radiológicos, tomografia computadorizada de tórax, broncoscopia e a prova tuberculínica, que é geralmente utilizada como método auxiliar no diagnóstico e tratamento da tuberculose. A tuberculose tem cura e seu tratamento é disponibilizado pelo Sistema único de Saúde (SUS). Ele realizado totalmente com antibióticos, o tratamento é ambulatorial e deve ser feito sob supervisão no serviço de saúde, antes de iniciar a quimioterapia é necessário orientar o paciente sobre o regime de tratamento, as drogas utilizadas nos regimes padronizados são: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E) e no tratamento padronizado nós temos duas fases do tratamento, a primeira que é a chamada fase de ataque e a segunda fase também conhecida como a de manutenção. Diante da importância epidemiológica da doença e alto índice de morbimortalidade, este trabalho tem como objetivo descrever a Sistematização da



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

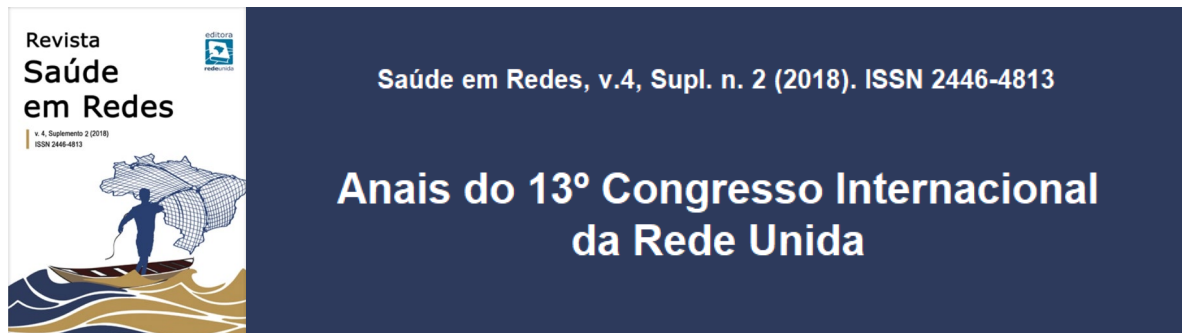
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Assistência de Enfermagem (SAE) à uma paciente acometida por Tuberculose. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado durante as aulas práticas do componente curricular enfermagem em doenças infecciosas e parasitárias no contexto hospitalar, em um hospital federal referência no tratamento da doença em Belém/PA, no período de setembro e outubro de 2017. A paciente encontrava-se internada na clínica de doenças infecciosas e parasitárias. Através da anamnese, exame físico e consulta ao prontuário do paciente, foi possível traçar um plano assistencial baseado nas diretrizes do North American Nursing Diagnostics Association (NANDA). Resultados e/ou impactos: A paciente apresentava o seguinte histórico de enfermagem: C. C. P., 38 anos, feminino, solteira, desempregada, moradora do município de Ananindeua, diagnosticada com SIDA há 10 anos e em tratamento de TB pulmonar há 1 mês, investigando a doença há 2 meses, faz tratamento de meningite há 4 meses. Nega Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. Possui hábitos alimentares saudáveis, sem restrições relatadas. Fazendo uso de medicamentos anti retroviral. Consciente e orientada, deambulando com auxílio, respirando em ar ambiente, hipocorada, normotensa (111 x 80 mmHg), afebril (37,3 °C), normocárdica (80 bpm), taquipneica (31 rpm). Relata episódios de insônia, apresentando dificuldade em conciliar o sono, passa grande parte do dia dormindo, eliminações: diurese e evacuações presentes e espontâneas. Ao exame físico: Bom estado geral, apresenta prótese dentária, boca seca, língua saburrosa. Tórax simétrico com diminuição da expansibilidade torácica. Ausculta Pulmonar: Murmúrios Vesiculares diminuídos bilateralmente. Ausculta Cardíaca: Ritmo sinusal. Bulhas Cardíacas Normo Fonéticas em 2 tempos sem sopros. Mamas assimétricas e com nódulos palpáveis, apresenta mama esquerda edemaciada. Abdome flácido, apresenta dor a palpação, Ruídos Hidroaéreos presentes e hiperativos. Apresenta diminuição dos movimentos e força na perna e mão direitas. Ausência de edemas em membros inferiores. Apresenta Acesso Venoso Periférico em Membro Superior Direito. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Com isso, obteve-se os seguintes diagnósticos com suas respectivas intervenções: Disposição para autocontrole de saúde melhorado; Risco para infecção relacionado a procedimentos invasivos; Conforto prejudicado relacionado a sintomas relativos a doença evidenciado por lamento; Mobilidade física prejudicada relacionada à dor evidenciada por amplitude limitada de movimento; Eliminação urinária prejudicada relacionada à múltiplas causas evidenciada por retenção urinária; Padrão de sono prejudicado relacionado a barreira ambiental evidenciada por não se sentir descansado; Dor aguda relacionada a agente lesivo biológico evidenciada por comportamento expressivo; comunicar e registrar alterações; evoluir estado geral do paciente; observar manifestações gerais de infecção; verificar e registrar sinais vitais 8/8 h; trocar e identificar acesso venoso periférico a cada 72h ou quando necessário; investigar o nível de ansiedade; proporcionar tranquilidade e conforto; intervenções que diminuam a ansiedade; dar ao cliente explicações claras e concisas sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado; atender as necessidades físicas da cliente, para tranquilizá-la e demonstrar que todas as suas necessidades continuarão sendo atendidas; registrar e observar queixas álgicas e adventícias; auxiliar na locomoção; auxiliar nos



cuidados de higiene e pessoais; prestar cuidados rigorosos para evitar agravamento do comprometimento da função muscular; monitorar ingestão hídrica; observar presenças de edemas; realizar passagem de Sonda Vesical de Demora; observar e anotar débito urinário e queixas adventícias; auxiliar nas situações estressantes antes do horário de dormir; auxiliar o paciente no controle do sono diurno; proporcionar local calmo e tranquilo para o sono; observar as circunstâncias físicas - dor/desconforto; registrar e monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas - Observar e registrar local, intensidade e duração da dor; administrar medicação analgésica prescrita; observar relato verbal de melhora da dor. Considerações finais: O raciocínio diagnóstico é fundamental à assistência de Enfermagem verdadeiramente científica, permitindo melhor qualidade da atenção à saúde humana através da discriminação de problemas que demandem o cuidado pelo profissional habilitado. Com base na SAE, percebe-se a implementação da assistência humanizada, aproximando equipe de enfermagem e cliente, com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento e promover a qualidade de vida dos pacientes. Conclui-se ainda que a educação fornecida na graduação de enfermagem possibilita aos acadêmicos do curso uma visão integrada e sistematizada da questão de Tuberculose.

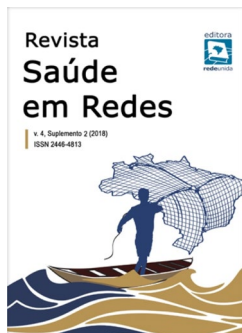
Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Doenças infectocontagiosas; Tuberculose



PRÁTICAS ACADÊMICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM HERPES ZOSTER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Rayssa De Cássia Maués Dos Santos, Camila Menezes Da Silva, Ana Sofia Resque Gonçalves

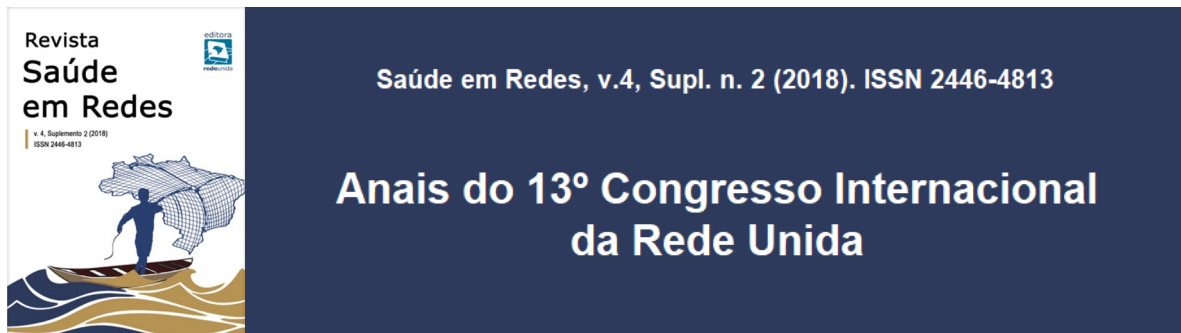
Apresentação: O Herpes Zoster é uma infecção causada pelo vírus varicela zoster, sendo este, o mesmo causador da catapora ou varicela. Surge em decorrência da reativação do vírus nos nervos cranianos e nos gânglios das raízes espinhais dorsais, geralmente anos ou décadas após a infecção primária. A infecção por Herpes Zoster é uma das mais comuns no mundo. Os casos são mais comuns em pessoas com o sistema imunológico prejudicado, como os portadores do vírus HIV e pessoas com idade avançada. No Brasil, segundo estudo epidemiológico realizado, aproximadamente 95% dos adultos já foram expostos ao vírus varicela zoster. Quanto ao aspecto clínico, a herpes zoster caracteriza-se como uma doença viral autolimitada, com ciclo evolutivo de aproximadamente 15 dias, que atinge homens e mulheres em idade adulta. A infecção causa lesões cutâneas precedidas por dores e ardor no local das mesmas. O local de aparecimento das lesões está relacionado à região de ação dos nervos periféricos dos quais o vírus permaneceu latente em suas raízes. Em razão disso, as lesões se apresentam unilateralmente distribuídas. A dor relacionada às lesões é denominada de neuralgia pós-herpética e surge em decorrência de inflamação do nervo afetado pela infecção. Quando não ocorre infecção secundária, as lesões tendem a secar e formar crostas que serão liberadas gradativamente, deixando discretas manchas que posteriormente desaparecerão. O diagnóstico é realizado de duas formas: As provas laboratoriais são: detecção de anticorpos contra o antígeno de membrana (FAMA), ensaio imunossorvente ligado a enzima (ELISA) e a imuno-hemaglutinação por aderência. Na forma diferencial, o diagnóstico é feito considerando-se a forma e o padrão das lesões em um dermatomo específico associados a exames de coloração e fluorescência de raspados da pele com anticorpos monoclonais. No caso da paciente em análise neste trabalho, o diagnóstico foi confirmado utilizando exames de virologia laboratoriais. O tratamento do Herpes Zoster é realizado com o objetivo de evitar infecções secundárias, já que a mesma é involutiva, ou seja, tende a se auto extinguir com o passar dos dias e, também, minimizar as dores causadas pelas lesões cutâneas agudas e prevenir a neuralgia pós-herpética. Para tanto, são utilizados agentes antivirais, como o Aciclovir, Valaciclovir e Fanciclovir. Não existem tratamentos que revertam os danos causados pelo vírus, apenas existe tratamento para aliviar a dor. A melhor maneira de prevenir a Herpes Zoster é através de vacinação. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem papel fundamental no processo de cuidado de enfermagem ao paciente herpético. A SAE corresponde aos mecanismos que organizam o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentação, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. No trato do Herpes Zoster, o profissional da enfermagem deve atuar de forma a minimizar o desconforto causado pela enfermidade no paciente juntamente a medidas de precaução padrão com o intuito de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

resguardar sua integridade física e do paciente. Desta forma, este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pará, utilizando princípios da SAE em uma paciente com Herpes Zoster e os procedimentos utilizados nessa prática, referindo-se à inter relação da sistematização da assistência com a humanização do cuidado no que diz respeito a esta patologia. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, requisito avaliativo da atividade curricular enfermagem em Doenças Transmissíveis, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará. O local do estudo foi o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), referência em doenças infectocontagiosas e parasitárias em Belém do Pará, realizada no mês de Janeiro de 2017. Para desenvolver o relato de experiência, aplicou-se o processo de enfermagem, onde os dados coletados foram analisados e posteriormente foram identificados os diagnósticos de enfermagem, implementadas as intervenções de enfermagem necessárias e verificados os resultados esperados, utilizando a taxonomia da NANDA, NIC e NOC. A paciente foi selecionada de forma aleatória para o estudo. Ao primeiro contato, foram coletadas as informações sobre o seu estado atual, esta se apresentava consciente, orientada, com episódios de dores crônicas e lesões cutâneas unilaterais na região inferior da perna direita, diminuição da sensibilidade, força e contratilidade muscular no referido membro, a paciente estava restrita ao leito, pois não conseguia deambular devido as fortes dores. Posteriormente consultamos o prontuário, para identificar o histórico da paciente, condições de chegada, motivo da internação, tratamento realizado e evolução do quadro clínico. Resultados: Após análise dos dados e problemas apresentados, foram traçados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Integridade da Pele Prejudicada, relacionada às lesões em MMII; Deambulação Prejudicada, relacionada à força muscular insuficiente e dor; Dor Aguda, relacionada a agentes lesivos físicos, manifestada por evidência observada de dor. Espera-se atingir os seguintes resultados: Controle da doença; integridade da pele dentro da normalidade; diminuir riscos de infecção; diminuição da dor; manter a sensibilidade preservada, restabelecimento do conforto, e voltar a realizar os movimentos corporais normalmente. Para obter tais resultados, foram apontadas as seguintes intervenções: Observar sinais e sintomas de infecção; hidratar a pele quando necessário; observar e registrar possíveis alterações nas extremidades inferiores; observar alterações na pele. Ajudar a deambulação; encaminhar para o serviço de fisioterapia; encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros. Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, investigar os fatores que aliviam/pioram a dor, administrar analgésicos, quando prescritos. Considerações finais: O presente estudo teve como objetivo fornecer a base teórica e prática aos acadêmicos de enfermagem dos procedimentos aplicados no tratamento de doenças infectocontagiosas e mais especificamente, do Herpes Zoster. A aplicação dos princípios da SAE mostrou-se fundamental para uma melhor abordagem e atendimento do paciente acometido com esta enfermidade e o quanto ela auxilia no reestabelecimento das necessidades humanas básicas. O envolvimento e determinação da equipe, como um todo, bem como a estrutura fornecida pela instituição foram decisivos



para o andamento desta atividade, e a experiência vivenciada, de caráter decisivo para formação de futuros profissionais da enfermagem. Foi perceptível durante o acompanhamento do caso a importância do enfermeiro nos diversos processos de assistência prestados, e o quanto a SAE auxilia no reestabelecimento das necessidades humanas básicas afetadas e na prevenção de agravos à saúde, além de possibilitar a prestação de um cuidado humanizado.

Palavras-chave: Herpes Zoster, Educação em Saúde, Doenças Transmissíveis



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ALGUMAS POSSIBILIDADES PARA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Maria Alice Bastos Silva, Ana Lucia Abrahão da Silva, Ana Lucia Abrahão da Silva

Objetivos: Este trabalho tem por objetivo compartilhar o processo de pesquisa da Análise Microvetorial da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, CAAE: 64851417.8.0000.5243. A pesquisa em andamento faz parte do escopo da linha de investigação desenvolvida pelo “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, localizado na Universidade Federal Fluminense, Niterói, Estado do Rio de Janeiro.

O pesquisador responsável compõe o grupo do Núcleo de Pesquisa Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) com ênfase na integração ensino e serviço. Também participa dos encontros do coletivo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este resumo visa trazer para cena as dificuldades e os desafios para escolha dos caminhos possíveis para análise de políticas. O desafio maior é optar por modos de fazer pesquisa em que os referenciais teóricos são fontes e modos de produção de conhecimento no campo do contra método. O que neste contexto se entende como modos de se realizar a análise sobre políticas utilizando caminhos menos, clássicos, partindo de outras perspectivas que implicam reconhecer as diferentes possibilidades sobre a construção de políticas, que não se limite por regras metodológicas óbvias.

Método: O contra método significa não estar limitado pelo modo cartesiano e racionalista da produção de conhecimento, consiste em tencionar a produção de verdades. Uma investigação que se imprime nas disputas, nos valores e nas forças que constituem a produção de políticas. Neste contexto algumas perguntas nos auxiliam nessa produção como, de onde vem o interesse por pesquisar a política?

É necessário se reportar a Reforma Psiquiátrica (RF), nos últimos 26 anos, para responder esta questão. A RF como um movimento, se constituiu com diversas correntes que formaram este cenário, com algumas particularidades e que provocaram tensões entre si.

A força desses movimentos, em pleno processo de democratização do Brasil no final de 80 e início de 90, teve como resposta a criação de instrumentos como: leis, portarias e regulamentações, criadas no campo da política pública, que passaram a ser material de análise no campo de produção do conhecimento.

Oportuno lembrar que um dos objetivos que levaram à criação das políticas públicas a partir de 2001 foi dar forma ao campo da assistência para os usuários de álcool e outras drogas, respaldadas também nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A partir do levantamento sobre pesquisas no campo de álcool e outras drogas verifica-se que esses estudos reafirmam a relevância dessa pesquisa, pois é evidente a lacuna no campo do conhecimento a respeito das políticas e seus efeitos na produção de cuidado na atenção para usuários de álcool e outras drogas no SUS.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Os estudos se limitam em apontar as possibilidades e fragilidades das políticas que reproduzem modelos de cuidado proibicionista e a exclusão social. Verifica-se a ausência de alternativas de cuidado que atinge de forma histórica e contínua aqueles que sofrem de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas.

Como aponta a literatura, existe uma demanda mundial com vasta discussão e produção de evidências científicas. Os estudos do Ministério da Saúde (MS) acrescentam informações, como: das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica.

No Brasil, o MS, a partir dessas evidências e, principalmente, na produção dos estudos no campo de álcool e drogas, destaca a necessidade de mais estudos que contribuam para a transformação do processo de cuidado.

Com a produção da genealogia na perspectiva da análise das políticas públicas, que não se restringe ao campo da saúde mental, se tem a expectativa de contribuir de forma diferenciada. A experiência no campo da atenção em saúde mental e o diálogo com estudiosos do campo das políticas públicas de saúde contribuem na delimitação do problema de pesquisa.

Isto porque como profissional de saúde, com percurso no campo da assistência em saúde mental, desde 1993, percebe-se a importância da realização dessa pesquisa para prosseguir a formação e contribuir para o campo da produção de cuidado.

Como se constituiu esta proposta dessa pesquisa?

A pesquisa em andamento baseia-se na ideia que a política é um efeito de muitas negociações entre vários atores, no processo de constituição dos atos políticos, das normativas e das diretrizes. A implementação da política também produz efeitos e transformações nas experiências e no processo de cuidado. Como exemplo, nos centros de atenção psicossocial, que no dia a dia se verifica que os resultados estão distantes do que as políticas recomendam.

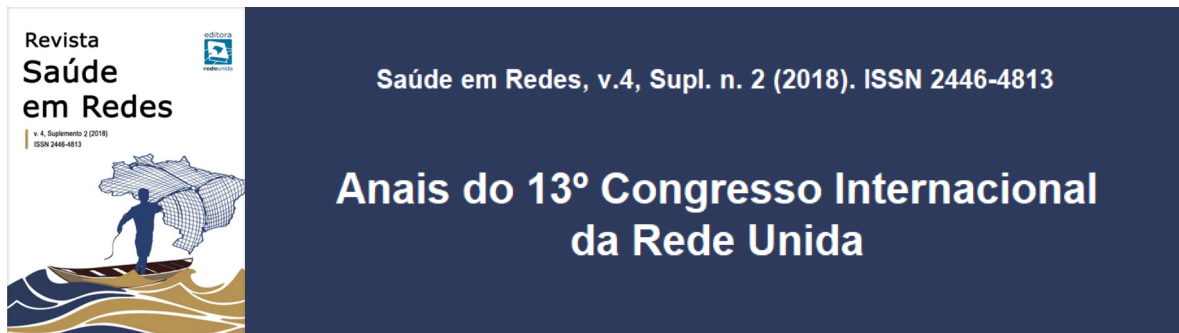
O que sugere ter como uma das perspectivas as contribuições de Michel Foucault para se pensar os agentes no campo como sujeitos produtores de conhecimento implicados nas práticas sociais, na produção de subjetividade no processo de cuidado, na utilização da ciência política no processo de controle e produção de governamentalidade.

Como também, optar pela análise microvetorial como instrumento metodológico para produção de conhecimento processando fontes como as leis, utilizando a genealogia e tendo o entendimento que é na micropolítica, nos diferentes cenários que se produz política, nas relações entre os diferentes atores, no processo de cuidado.

Considerações: Deste modo, o que se torna um estranhamento, a produção de exclusão, provoca determinação em analisar o processo de constituição das políticas, a implementação e os efeitos das mesmas.

Em um primeiro momento iniciou-se o mapeamento dos atos normativos e análise dos dados, leis, portarias, decretos e diretrizes do campo de álcool e outras drogas, no intervalo de tempo entre 2000 a 2015, tendo por base o diário oficial e relatórios do ministério da saúde.

Nesse caminhar à sombra da genealogia percebeu-se que se trata de construir uma perspectiva abrindo mão de uma estrutura linear da história e a origem do processo. Para



isto, foi necessário ampliar o campo da pesquisa, dos atos normativos para a produção discursiva de diferentes atores que processaram a constituição dos atos normativos e as forças que se reafirmam de diferentes modos sobre estes atores.

Nessa perspectiva o pesquisador, durante o mapeamento, é levado a participar de espaços de conversas, atividades cujo o tema álcool e outras drogas sejam as pautas e as políticas pertinentes às discussões.

A partir desse primeiro mapeamento estão sendo propostas algumas entrevistas abertas, individuais com gestores que atuaram na constituição e na implementação das políticas.

O diário de campo está sendo um importante instrumento de registro do mapeamento dos atos normativos entre outros documentos como as narrativas produzidas a partir das entrevistas.

Espera-se captar o agir e intencionalidade dos atores quando se movem no jogo social, na produção subjetivas e na produção de cuidado através da constituição das políticas públicas e estas como efeito em diferentes perspectivas.

A análise do material produzido e registrado no diário de campo será posteriormente categorizada e fonte para a produção de analisadores. Finalmente será produzida uma narrativa final que irá formar uma “colcha de retalho”, e junto ao referencial teórico constituir a narrativa do pesquisador na conclusão da pesquisa.

Na realidade, pretende-se criar conexões e produzir novos interesses na produção de conhecimento. Entende-se a mesma como um movimento de permanente construção de subjetividades e que impulsiona a escolha de ser um pesquisador, mas também um profissional da saúde.

Palavras-chave: políticas públicas; drogas; exclusão social



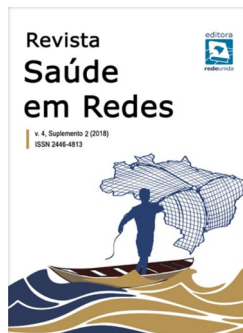
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O ACOLHIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO ACOMPANHANTE DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Steffane Oliveira e Silva, Amélia Fadul Bittar, Paulo Jonathan Pinheiro Nery, Tiago dos Reis de Oliveira Costa

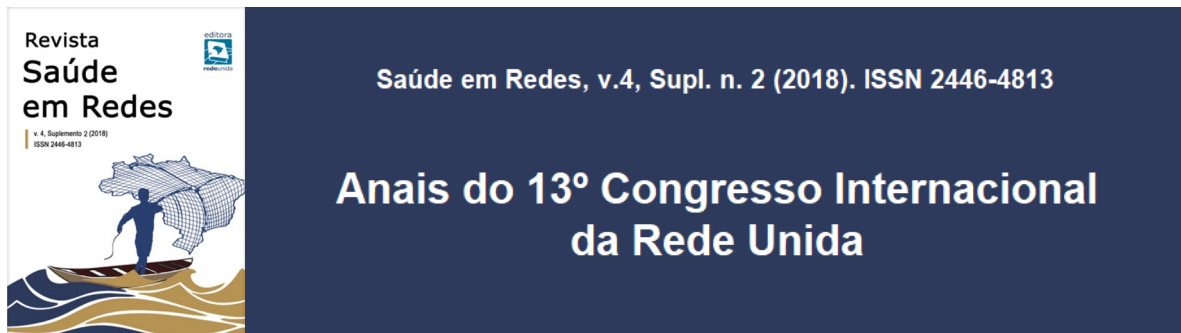
INTRODUÇÃO: A descoberta do diagnóstico desta doença provoca no seio familiar uma sucessão de mudanças tendo em vista o processo terapêutico a ser executado e o prognóstico da doença. Desta forma, com a introdução do acompanhante no ambiente hospitalar é de fundamental importância criar uma aproximação no ato da internação, devendo essa expressar ação de interagir e no decorrer do tratamento configura-se como uma estratégia que deve estar pautada nos princípios humanistas, como preconizado em uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde. No contexto hospitalar, o familiar se caracteriza como parte fundamental do cuidado junto à equipe, pois permanece junto à paciente que está sujeita a um tratamento doloroso e que necessita de suporte emocional. O acompanhante passa a ser sua principal fonte de apoio. Neste sentido, a presença do familiar é muito importante para aliviar a ansiedade, o desconforto e a insegurança. O profissional de saúde não pode de maneira alguma, negar o ambiente no qual o paciente vive, e o familiar é muito importante para que se possa entendê-lo e, por essa razão, ajudar na tarefa de reequilibrar e re-harmonizar o doente. Com isso, tem-se a necessidade que a equipe multiprofissional de saúde, tome uma postura humanitária e acolhedora na sua relação com os usuários, sendo desenvolvido desde a recepção, perpassando o atendimento propriamente dito, até a resolução de seus problemas, respeitando suas necessidades, integrando o acompanhante, tendo em vista que este adentra ao hospital com suas próprias necessidades e que tornando o acolhimento um dispositivo norteador necessário ao estabelecimento de vínculos, a equipe estará detendo-se de uma assistência planejada e compartilhada. **OBJETIVOS:** conhecer as concepções dos familiares de pacientes com câncer de mama acerca do acolhimento ofertado pela equipe multiprofissional em âmbito hospitalar; analisar a vivência dos familiares ao lidarem com a internação de seu ente querido na unidade; oferecer esclarecimento aos familiares sobre todos os cuidados realizados na unidade pela equipe. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** o estudo se trata de um relato de experiência, realizado por acadêmicos de enfermagem e discentes voluntários que aceitaram realizar a pesquisa, proporcionado durante a realização de atividades instituídas no Projeto de Pesquisa “Concepções de acompanhantes de pacientes com câncer de mama sobre o acolhimento da equipe multiprofissional em âmbito hospitalar” a qual atuou como pesquisadora. O projeto foi iniciado no início de agosto de 2016 com vigência até agosto de 2017, nas dependências da enfermaria clínica de mastologia do Hospital Ophir Loyola (HOL), considerado referência em tratamento oncológico no município de Belém do Pará, tendo como público alvo os acompanhantes de pacientes diagnosticadas com tumor mamário, internadas para tratamento e acompanhamento clínico na referida instituição. Para melhor atuação e embasamento teórico foi realizada pesquisa bibliográfica



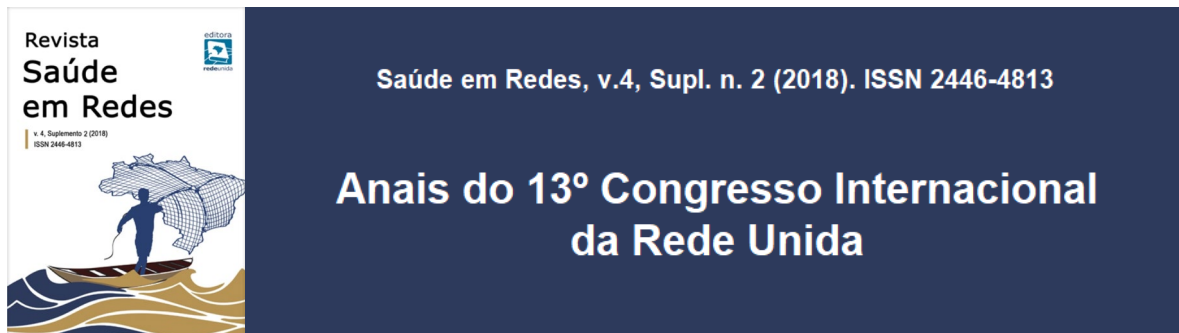
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Após este momento foi iniciado o processo de escuta ativa das concepções geradas a partir do processo de acolhimento recebido pela equipe multiprofissional, bem como educação em saúde para com os acompanhantes das pacientes, constituindo-se na promoção dos esclarecimentos das dúvidas decorrentes da vivência aos sujeitos, assim como orientações básicas quanto ao ambiente e os cuidados ali ofertados pela equipe. Em todos estes momentos houve um compartilhamento das vivências dos familiares aos pesquisadores, onde estes reportavam a importância do acolhimento pela equipe de forma holística, a dificuldade física, emocional e principalmente social, devido à maioria residir em outras localidades e até estados e evidenciaram a falta de apoio ofertado pela instituição, além das carências estruturais para acomodação dos acompanhantes, os mesmos também expunham a fé, o apoio de outros familiares e a esperança da cura e da melhora da paciente internada, fortalecidas muitas vezes por sinais de melhora do quadro clínico, e por orientações acessíveis pelo profissionais de saúde. O contato com os participantes observou o preconizado na Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Para melhor explicação e interação com os familiares foi criado um roteiro de entrevista semiestruturada enfatizando o diálogo sobre o acolhimento, o ambiente e os sentimentos oriundos da vivência pelos familiares. RESULTADOS: No primeiro mês de execução do projeto foi construído um banco de dados através da Biblioteca Virtual de Saúde com 44 artigos sobre a temática abordada, sendo este para embasamento teórico e construção de material discutido. O processo de escuta com os acompanhantes das pacientes fora realizado de forma individualizada, tendo em média de 2 a 4 por dia, sendo estas limitadas ao ambiente e aos cuidados prestados pela equipe para suporte do acompanhante, quais as características do acolhimento ofertado pela equipe, quais os sentimentos oriundos com a experiência e dúvidas decorrentes de procedimentos que não foram abrangidos pelo questionário, foram explanadas quando questionadas, como por exemplo, a função de uma traqueotomia na paciente. Também foi reportado elogios ao cuidado ofertado às pacientes pela equipe, pois reconheciam que estavam recebendo o tratamento adequado, os mesmos ainda agradeceram e elogiaram a iniciativa do projeto, evidenciando a importância do acolhimento aos anseios dos acompanhantes, além de acolhê-los de forma humanizada. Os participantes demonstraram relevante melhora emocional, à medida que recebiam as informações repassadas, repassavam aos pacientes de forma acessível e podia-se visualizar uma diminuição da tensão e da apreensão destes com relação ao tratamento oncológico, assim como diminuir o estigma de medo e morte que o que a neoplasia mamária possui. CONCLUSÃO: Assim, considera-se que o tema em foco é de grande relevância não somente para atualizar os conhecimentos da comunidade acadêmica quanto ao tema proposto, mas também, para proporcionar a melhor assistência da equipe multiprofissional aos acompanhantes de pacientes internadas para tratamento oncológico, pois o tratamento de câncer ainda é considerado um local que para muitos representa um sinônimo de temor e morte, o que traz consigo uma gama de sentimentos e idealizações. Desta forma, compreende-se que é de suma importância que os profissionais de saúde, enquanto membros de atuação em equipe, perceba a relevância de estar conhecendo a



experiência e os sentimentos dos acompanhantes que adentram ao tratamento da paciente com câncer de mama, uma vez que o acompanhante passa a ser o elo de cuidado entre paciente e equipe, uma vez que existe toda uma carga sentimental que está diretamente ligada à capacidade do mesmo receber e assimilar orientações e fornecer informações que atuem na melhora da assistência e paciente, pois possui função primordial de apoio durante o processo terapêutico, não obstante, pode realizar ações de autocuidado, para ajudar no restabelecimento da saúde de seu parente ali internado. Neste sentido, fica validado a importância em investimentos na comunicação da equipe de saúde com os familiares, haja vista a contribuição para a diminuição do estresse e melhor qualidade do cuidado empregado ao doente.



APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO

Tatiane Lima da Silva, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Renan Fróis Santana, Marcelo Silva de Paula, Cristiano Gonçalves Morais, Antonia Irisley da Silva Blandes

Apresentação: A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória crônica com prevalência entre 1 e 4% da população europeia, predominantemente em mulheres, no qual possui características recorrentes e debilitantes. A patogênese envolve a oclusão folicular com lesões dolorosas nas áreas de glândulas apócrinas, comumente nas regiões axilares e inguinais, também fatores genéticos, ambientais e imunológicos estão relacionados às causas da doença. O diagnóstico é predominantemente clínico e a abordagem terapêutica tem por conduta medidas não farmacológicas, essencialmente através da promoção de um estilo de vida saudável, agentes tópicos, retinoides, anti-inflamatórios, antibióticos e, por fim, intervenção cirúrgica. Não há consenso sobre o tratamento ideal, pois os resultados são variados e o aspecto estético após o procedimento é geralmente desfavorável.

Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso. A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar pública, no município de Santarém-PA, no setor de clínica médica, durante as aulas práticas da disciplina de Doenças infecciosas e parasitárias com os acadêmicos de bacharelado de enfermagem do 8º período da Universidade do Estado do Pará (UEPA), campus XII, realizado em outubro de 2017. Para análise do caso houve o acesso ao prontuário da cliente e a aplicação dos cuidados de enfermagem, fazendo-se uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), seguindo a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), após prévia autorização de acesso ao prontuário. Foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa, de acordo com a resolução 466/12.

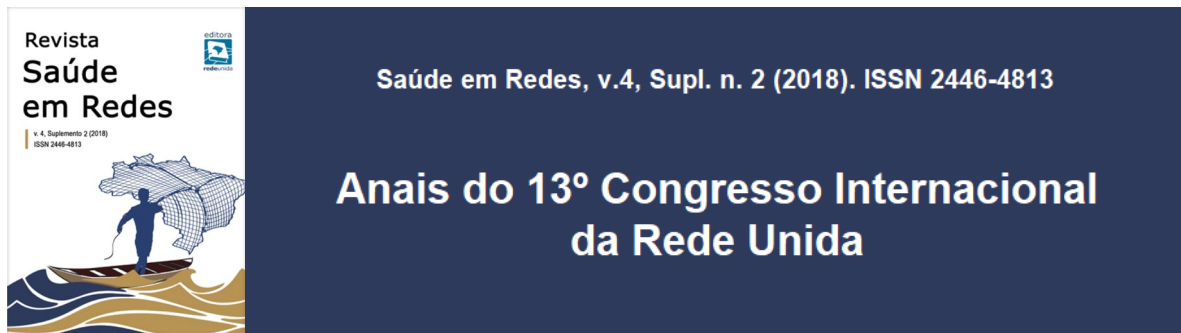
Resultados e/ou impactos: A.C.S.M., 30 anos de idade, sexo feminino, solteira, sem filhos, natural e procedente de Santarém-PA, Bairro Prainha, professora de Inglês. Histórico pessoal: paciente relata que no mês de dezembro de 2006 apresentou nódulo na axila esquerda com crescimento lento e pouco doloroso, que após esforço fistulou com saída de secreção purulenta acompanhado de dor forte, realizando drenagem na unidade básica, porém manteve secreção e nódulos axilares bilateralmente. Em junho de 2016, surgiram adenomegalias na região inguinal com secreção de característica serosa. Relatou perda de peso, cerca de 20 quilos nos últimos 6 meses com hiporexia, sintomas depressivos, sem tratamento, com manutenção do quadro e alterações no hábito intestinal com defecação a cada 6 dias, tosse seca intermitente e sensação de febre nas últimas semanas, dispneia e queda de cabelo. Negou alergias, diabetes mellitus, hipertensão arterial e cardiopatias. Nunca teve contato com pacientes portadores de tuberculose. Relatou não ter tido internações prévias e que manteve relações sexuais protegidas nos últimos 10 anos, também informou uso de perfurocortante (manicure) sem conhecimento da higienização. Não fez uso de drogas intravenosas. História familiar: diabetes mellitus e esquizofrenia na família. Aos exames complementares, apresentou no resultado do



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

hemograma completo anemia e plaquetose, enquanto na ultrassonografia axilar foi demonstrado abscessos subdérmicos em axila esquerda. A paciente foi admitida na clínica médica da instituição hospitalar do município no dia 21 de setembro de 2017 e segue aos cuidados multiprofissionais, aguardando procedimento cirúrgico de plastia. Os diagnósticos de enfermagem e prescrição foram: Risco de infecção relacionada aos procedimentos cirúrgicos e invasivos, com o objetivo de prevenir a infecção, os cuidados foram examinar a condição da incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos; monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia); higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento, realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações; utilizar técnica asséptica para punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente. Dor aguda relacionado à evidência observada de dor verbal, a partir desse DE, as prescrições foram avaliar características, intensidade e local da dor; aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente; considerar escore de dor relatado pelo paciente; avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória); administrar analgésicos conforme prescrição médica; reavaliar dor após administração da medicação; oferecer informações sobre a dor; reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor e ensinar princípios de controle da dor. O DE Integridade da pele prejudicada relacionada ao rompimento da superfície da pele evidenciado por lesão axilar, teve como assistência propiciar a recuperação adequada da pele, através da avaliação de condições da incisão cirúrgica, condições do curativo, presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres e monitorar a temperatura da pele do paciente. Também foi trabalhado o Risco de baixa autoestima situacional relacionado a distúrbio na imagem corporal, tendo por intervenções escutar atentamente a paciente; encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; estimular a socialização com participação em grupos específicos de autoajuda e incentivar a prática do autocuidado. O diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao déficit de conhecimento evidenciado em falha para reduzir fatores de risco, tendo por resultados esperados a realização de escolhas apropriadas de atividades diárias, apresentar sintomas da doença dentro de uma variação normal de expectativas e verbalizar intenção de reduzir fatores de risco de progressão da doença e de suas sequelas, no qual o profissional de enfermagem deve orientar sobre o que a paciente pode esperar da clínica da patologia; determinar o conhecimento da paciente sobre a condição e as necessidades terapêuticas e conversar sobre os recursos atuais utilizados pela paciente. Considerações finais: A hidradenite supurativa é uma patologia pouco comum que requer cuidados especiais alcançados a partir dos diagnósticos de enfermagem e condutas empregadas, objetivando oferecer maior segurança e conforto ao paciente, havendo um progresso na melhora do quadro, evidenciado pelo relato da satisfação durante o período de internação quanto ao alívio da dor, conscientização acerca da terapêutica, estabilização dos sentimentos de autoimagem e colaboração na dieta hipocalórica. A pesquisa possibilitou a



observação da falta de estudos voltados para a temática, o que requer maior participação da enfermagem nos fundamentos bibliográficos. Assim, é perceptível a importância da equipe enfermagem no trabalho embasado pela sistematização da assistência que influencia diretamente na qualidade de vida do cliente, utilizando métodos científicos de educação em saúde como fundamento para o autocuidado e esclarecimento dos pacientes, indispensáveis na recuperação e reabilitação destes.

Palavras-chave

processo de enfermagem; hidradenite supurativa; assistência de enfermagem



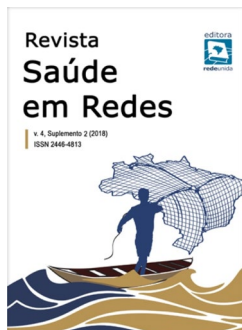
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DE COARI ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Hyana Kamila Ferreira de Oliveira, Taianny Gleicy de Souza Assis, Joicyana Camila da Silva Araújo, Patrícia dos Santos Guimarães, Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque, Brenner Kássio Ferreira de Oliveira, Maxwell Arouca da Silva, Maria Solange Nogueira dos Santos

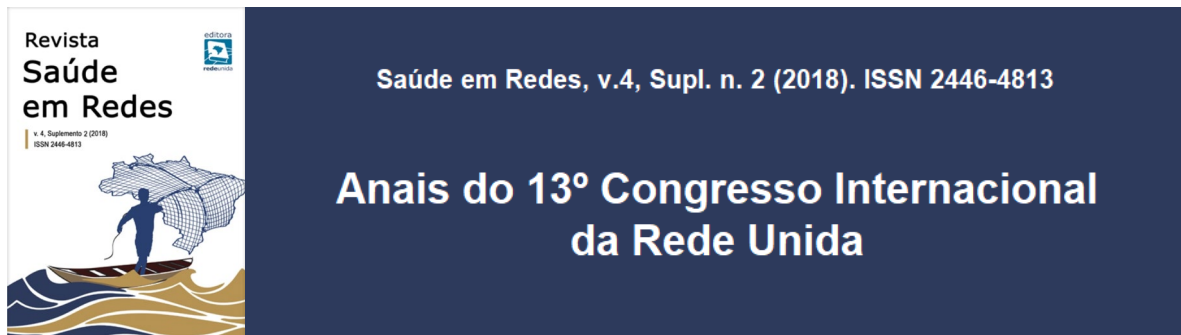
Apresentação: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) também conhecida como infecção hospitalar, ocorrem em todo o mundo afetando tanto países desenvolvidos quanto países em desenvolvimento, estima-se que 1,4 milhões de pessoas no mundo sofrem de complicações relacionadas às IRAS. Denomina-se infecção hospitalar aquela contraída após admissão do paciente no hospital e cuja manifestação pode ter ocorrido durante a internação ou após a alta, podendo ter relação com a hospitalização ou com procedimentos hospitalares. Hábitos de higiene simples contribuem para a prevenção de doenças, promoção da saúde, bem-estar e segurança do profissional de saúde e pacientes. No âmbito hospitalar, as mãos estabelecem o principal meio de contato com os pacientes, em contrapartida, as mãos são reservatórios e veículos de transmissão de microrganismos diversos. As mãos dos profissionais de saúde representam um dos principais mecanismos de transmissão das infecções hospitalares. Isso porque, os profissionais de saúde desempenham funções de contato direto com os pacientes, além de manipular equipamentos, instrumentais e medicações. A Higienização das Mãos (HM) é muito mais rentável e simples para prevenir estas infecções. Embora haja esforços para aumentar o nível de adesão dos profissionais de saúde à HM, nota-se que esta prática ainda não se encontra totalmente incorporada às rotinas de trabalho nos setores de saúde, fato que propicia a transmissão de microrganismos e expõe os profissionais de enfermagem ao risco biológico. O objetivo do estudo é avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao ato de higienização das mãos no Hospital Regional de Coari-AM (HRC) Dr. Odair Carlos Geraldo. Desenvolvimento: Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 51 profissionais de saúde do HRC, sendo eles: Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de enfermagem. O estudo foi realizado no Hospital Regional de Coari-AM, Dr. Odair Carlos Geraldo, o HRC dispõe de 173 funcionários e conta com 80 leitos distribuídos em suas clínicas: Médica, Cirúrgica, Pediátrica, ALCON (Alojamento Conjunto), Centro Cirúrgico, Pronto Socorro e Pré-parto. A coleta de dados foi antecedida de sessões educativas acerca da temática de higienização das mãos numa abordagem dialógica e de discussão com pequenos grupos, com duração de vinte minutos, cada sessão era realizada nas clínicas do HRC no período diurno e noturno, em que foi possível identificar o nível de conhecimento prévio dos participantes acerca da temática seguida da aplicação do formulário - Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde, onde foi dado destaque para a técnica de HM (passo a passo e duração do procedimento) e para os momentos em que o procedimento deve ser realizado, além de oportunizar o esclarecimento



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

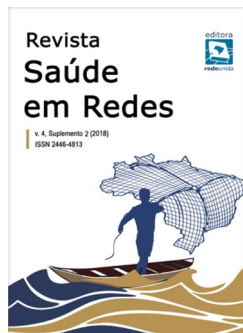
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

das dúvidas. Foram os critérios de inclusão da pesquisa: profissionais de saúde que estão ligados diretamente à assistência dos pacientes do HRC maiores de 18 anos; profissionais que estiveram desenvolvendo atividades no momento da observação; profissional que aceitaram assinar o Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). E critérios de exclusão: alunos que estavam em estágio no momento da realização da pesquisa no HRC; participantes que decidiram sair da pesquisa a qualquer momento. Os dados coletados nas observações e no teste de conhecimento eram assinalados em planilhas impressas, sendo posteriormente digitados em planilha eletrônica. Para análise e tabulação dos dados foi utilizado o programa Software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20. Foi informado aos profissionais sobre o propósito da pesquisa e a necessidade de autorização da divulgação da mesma mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Amazonas e aprovado sob o CAAE: 61224016.0.0000.5020. Para identificação das perguntas do questionário de avaliação foram utilizados a letra P seguida pelo número sequencial do questionário, exemplo: (P.1 – P corresponde a pergunta e 1 identifica a ordem em que aparece no questionário). Resultados: Dos 51 profissionais de saúde atuantes no HRC, 80,4% eram técnicos e auxiliares de enfermagem, 17,6% enfermeiros e 2,0% fisioterapeutas. Quanto ao sexo, 84,3% são do sexo feminino e 15,7% masculino. A P.1 que corresponde ao treinamento sobre higienização das mãos, 94,1% dos participantes da pesquisa responderam que tiveram treinamento de HM e 5,9% afirmaram não ter recebido treinamento. A P.2 destinada a disponibilidade de preparações alcoólicas, 56,9% dos participantes afirmaram que existe disponíveis no seu ambiente de trabalho, 39% negaram a presença desta preparação para uso, o restante, 3,9% não respondeu. Destinada a saber a principal rota de transmissão cruzada de microrganismos potencialmente patogênicos entre pacientes em serviços de saúde, na P.3, 80,4%, responderam corretamente, afirmando que as mãos do profissional de saúde quando não estão higienizadas é a principal rota. A P.4 do questionário aplicado buscava saber se os participantes estavam cientes do tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos presentes nas mãos, 58,8% responderam corretamente, pois a técnica de HM com preparações alcoólicas dos quais tem a duração mínima de 20 a 30 segundos para ação. As questões relacionadas a prevenção de IRAS (P.5, P.8, P.9 e P.10) apresentaram maior porcentagem de respostas corretas, exceto a alternativa (d) da P.5 que cita o uso regular de creme para as mãos, apresentou somente 47,1% de acerto, evidenciando um déficit de conhecimento, acerca de seus benefícios. A P.11 buscava saber qual era a maior dificuldade encontrada para realizar a higienização das mãos, dos quais 68,6% indicaram que a falta de insumos é principal causa, 23,5% rotina de trabalho, 3,9% falta de incentivo e 3,9% restante não responderam. Considerações finais: De acordo com os resultados analisados os profissionais de saúde conhecem a técnica de HM e os cinco momentos nos quais são preconizados para haver a HM, porém não aplicam em sua rotina esse conhecimento. A falta de insumos foi mencionada como a principal dificuldade encontrada para realizar a correta adesão a HM pelos



profissionais do HRC. É importante a criação do departamento de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no HRC, o que incentivaria os profissionais quanto a forma correta de HM, e mensuraria a adesão destes à esta prática.

Palavras-chave: Higienização das mãos; Profissionais de saúde; conhecimento.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

GRUPO DE APOIO TERAPÊUTICO E OFICINAS TERAPÊUTICAS COMO EQUIPAMENTOS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Steffane Oliveira e Silva, Telma Eliane Garcia, Tiago dos Reis de Oliveira Costa, Paulo Jonathan Pinheiro Nery, Winnie Taíse Pena Macêdo, Fabiolla de Cássia Soares Cardoso

INTRODUÇÃO: A desconstrução das práticas hospitalares proposta pela reforma psiquiátrica possibilitou a formulação de novas abordagens de assistência ao portador de transtorno mental. A atenção psicossocial direciona suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade onde a reprodução social do sujeito constitui um processo complexo e o sofrimento psíquico perpassa a prática clínica, que realizada na rede de atendimento requer instrumentos e estratégias para a efetivação de ações resolutivas. Nesse sentido, o desenvolvimento das abordagens terapêuticas no trabalho em saúde mental ocorre com vistas a melhorar o enfrentamento do transtorno psíquico. Na atualidade a multiplicidade de intervenções terapêuticas grupais evidenciam as modificações nas concepções e formas de tratamento em saúde mental. Nesses espaços terapêuticos ocorrem a potencialização das trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo. Enfim, são espaços de comunicação e integração. A introdução da família e da comunidade ao tratamento do portador de transtorno mental se constituem em fontes fundamentais de apoio pois ao compreenderem a terapêutica e colaborarem com seu desenvolvimento, essas pessoas estarão mais aptas a cuidar, de forma adequada de seus parentes. Os grupos de apoio terapêutico têm a funcionalidade de favorecer aos sujeitos um espaço de expressão de sentimentos e o convívio com situações semelhantes para avaliar o que pode ser modificado em seu cotidiano. Já as oficinas terapêuticas permitem a possibilidade de projeção de conflitos internos/externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário. Logo, as atividades devem ser capazes de estimular e/ou desenvolver habilidades e competências para uma vida em sociedade, que valorize a criatividade, participação e dê um novo sentido ao tratamento e acompanhamento pelo serviço CAPS. Nesse contexto, profissionais, usuários e acadêmicos podem desenvolver uma relação dialógica e dinâmica que fortaleça a interação social, desenvolvam vínculos que facilitem a emancipação por meio do cuidado em saúde mental em seu conceito ampliado, além de contribuir com a reintegração desses sujeitos. Desta forma, delineou-se como objetivo operacional deste trabalho relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem no desenvolvimento de um grupo de apoio terapêutico e oficinas terapêuticas e suas implicações na interação social e desenvolvimento de habilidades entre/com sujeitos do serviço CAPS.

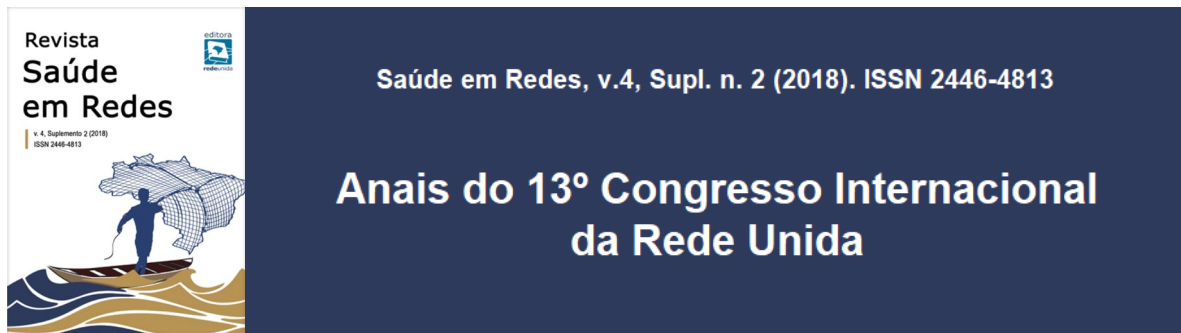
DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, proporcionado pelas aulas práticas da atividade curricular Enfermagem em Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), desenvolvido por acadêmicos do nono semestre do curso, a partir das vivências em um Centro de Atenção



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Psicossocial (CAPS) do Município de Belém-PA. Os sujeitos envolvidos foram os acadêmicos de enfermagem e nutrição, docente da atividade curricular, profissionais de saúde atuantes no CAPS em questão, familiares acompanhantes e usuários do serviço. Durante as aulas práticas, cuja finalidade é garantir o entendimento do funcionamento do serviço CAPS e dinamismo das ações executadas no local, valorizou-se os cuidados de enfermagem necessários para a qualidade da assistência e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. As tarefas ocorreram por meio de grupos terapêuticos e oficinas com os usuários a fim de estimular a interação em atividades variadas que proporcionassem o aperfeiçoamento e/ou desenvolvimento de suas habilidades. As atividades ocorreram em etapas de acordo com os dias de aulas práticas, as quais foram realizadas através de tarefas interativas como: danças, jogos de tabuleiros, cirandas, pinturas, karaokês, dinâmicas, brincadeiras, entre outros. Estes procedimentos foram desempenhados por acadêmicos durante as aulas práticas e profissionais do CAPS estadual. As atividades manuais ou artísticas eram operacionalizadas de maneira divertida, enriquecidas de dinâmicas, brincadeiras e rodas de conversa que potencializavam a efetividade das ações e fortaleciam a comunicação entre os usuários, profissionais e acadêmicos. Cada ação realizada sempre objetivava o despertar do grupo para o descobrimento de suas capacidades e a percepção de sua validade na sociedade, além de proporcionar o vínculo direto entre os envolvidos. **RESULTADOS:** Observou-se na vivência que as realizações das oficinas terapêuticas proporcionam o desenvolvimento de habilidades em todos os envolvidos, a descoberta de novos talentos e o aperfeiçoamento de talentos específicos de cada participante efetivando uma assistência integrada e humanizada por parte dos profissionais e acadêmicos e a inclusão familiar ao processo terapêutico de forma gradual. Os indivíduos podem projetar seus conflitos internos sob forma plástica, corporal, literária, musical, teatral, bem como valorizar seu potencial criativo, expressivo e imaginativo propiciando intersecção entre o mundo do conhecimento psíquico e o mundo da arte, pela expressão da subjetividade. Além disso, escutamos relatos de usuários que a partir da descoberta de seus talentos, passaram a utilizá-los como fonte de renda ou introduzi-los junto ao seio familiar. Isso mostra que as ações desenvolvidas no CAPES favorecem a interação social e minimizam o preconceito da sociedade. Identificou-se que o grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, bem como a partilha de experiências e viabiliza melhor adaptação dos usuários ao modo de vida individual e coletivo, sendo entendido pelos sujeitos como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. Entre os efeitos positivos declarados pelos participantes dos grupos de apoio estão uma maior capacidade de enfrentamento das situações da vida, a melhora da autoconfiança, o alívio de sintomas e o restabelecimento gradual do equilíbrio emocional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com base na experiência relatada, podemos inferir que os grupos de apoio terapêutico e as oficinas acabam por fortalecer o aceite do processo assistencial aos usuários, ampliando a habilidade e a autonomia do sujeito, ao permitirem a ele o desenvolvimento do potencial da criatividade e da expressão. Esses espaços terapêuticos são lugares de comunicação e interação que trabalham as relações interpessoais dos sujeitos aposta ao respeito das diversidades existentes no grupo. Outro fator que deve ser considerado e merece destaque



refere-se a aprendizagem que recebemos durante a experiência com o outro e a transformação ocorrida mutuamente. A possibilidade de estar no espaço do CAPS, em convivência com pessoas em sofrimento mental, bem com profissionais de outras áreas, proporcionou um olhar ampliado quanto à saúde mental e a importância do processo de escuta qualificada, além de saber respeitar as diferenças em todas as classes de pessoas. Pudemos verificar que a enfermagem atuando nas novas modalidades de estratégias na atenção psicossocial, deve apropriar-se desses diferentes equipamentos assistenciais de cuidado, visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e a promoção e manutenção de um ambiente terapêutico. Fica a ressalva que os profissionais introduzidos na assistência ao paciente em sofrimento mental necessitam dar maior atenção a estes elementos básicos do cotidiano do serviço CAPS e efetivar as ações direcionadas a promoção de diálogo e interação, para que haja qualidade na prestação da assistência, através de cuidados que sejam capazes de ir além do campo técnico, garantindo interação social e valorização do sujeito portador de sofrimento mental.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Grupos de Autoajuda



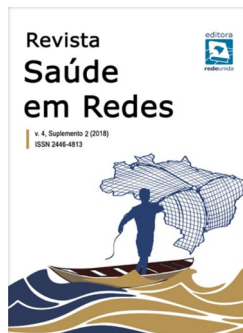
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: BASES PARA INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM.

Elielson paiva souza, jessica soares barbosa, dayana de nazaré antunes Fernandes, Jayme renato maia abreu cordeiro, leila gabrielle costa macedo, barbara Cybelle monteiro lopes, erika rego da cruz, Vera Lúcia de azevedo lima

A concepção acerca do processo saúde-doença é dinâmica e varia conforme a trajetória da história, oriunda de percepções relacionadas a fatores culturais, históricos, sociais, econômicos, ambientais e até políticos. Cada indivíduo tem uma percepção sobre os processos que envolvem o adoecimento e reestabelecimento da saúde, isso significa que conceituar saúde e doença é no mínimo complexo por existir diversas dimensões que vão muito além do significado das palavras. Nesse âmbito a epidemiologia tem papel relevante na construção do conhecimento acerca do processo saúde-doença no âmbito das populações, por meio do seu método de gerar dados concretos que podem fornecer apoio para a saúde pública de forma geral. Mas, é no âmbito do ensino das bases epidemiológicas na graduação dos cursos de saúde que se entende quão relevante é sua introdução quando se analisa a significação do processo saúde-doença no tocante a população e seu contexto, ou seja, o ensino da epidemiologia acomoda bases que proporcionarão aos estudantes de saúde, como por exemplo, futuros enfermeiros, a entender o significado de adoecimento e reestabelecimento da saúde em todas as dimensões existentes para aplicar intervenções futuras no que diz respeito à saúde do indivíduo e comunidade. Diante de tal contexto, propõe-se como questionamento: Como os indivíduos percebem o processo saúde-doença? Isso pode ajudar em futuras intervenções realizadas por parte de futuros profissionais de saúde? Objetiva-se, portanto, compreender as diferentes percepções sobre o processo saúde-doença e os fatores associados o determina a fim de instigar como o futuro profissional de enfermagem pode incluir as noções desse processo na assistência e intervenção. Método do estudo: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no período de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2016, aplicando-se 12 questionários para com indivíduos residentes atualmente na cidade de Belém do Pará. As perguntas que nortearam a pesquisa e estudo foram: O que significa na sua concepção ter saúde? E o que contribui para que as pessoas tenham saúde? O que significa na sua concepção estar doente? E o que faz com que as pessoas adoçam? Com bases nas entrevistas concretizadas foram incluídos todos os 12 indivíduos do grupo amostral, escolhidos de forma aleatória. A partir do questionário, as informações foram condensadas, analisadas pelo crivo matemático, utilizando estatísticas e porcentagens, e colocadas em forma de tabelas e quadros, utilizando o programa Microsoft Office Excel, para promover a leitura e a identificação de dados relevantes que incluíam iniciais do nome, idade, sexo, religião, renda, naturalidade, estado civil, escolaridade e profissão somadas às respectivas respostas dos entrevistados acerca do processo saúde-doença. Resultados: Este estudo verificou a avaliação das diferentes percepções acerca do processo saúde-doença que cada



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

indivíduo dentro do grupo amostral pesquisado, apresenta, de forma a possibilitar que tais concepções do senso comum são importantes na prática dos futuros profissionais de Enfermagem. A maioria das pessoas entrevistadas no questionário aplicado citou a questão da atividade física, o que é um ponto positivo, mesmo elas não possuindo um aporte de conhecimento científico e visão profissional que correlacionasse manutenção da saúde e exercício físico. É importante frisar que os dois idosos entrevistados não citaram atividade física na concepção sobre saúde. Isso revela que é necessário promover esse ideal para com pessoas de tal faixa etária. No que diz respeito à outra correlação feita para com o processo saúde-doença, a nutrição adequada e correta foi um fator citado e lembrado pela maioria dos entrevistados, assim como no aspecto do que eles entendem por doença. A falta de certos nutrientes, assim como hábito alimentar incorreto, com excesso de gorduras é bem apreendida pelo senso comum como fator influenciador direto no processo saúde-doença. Os participantes deste estudo percebem também que a questão do bem-estar com si mesmo é relevante no que eles entendem por processo saúde-doença. Isso revela que âmbito psicológico merece atenção. Os entrevistados em sua maioria compreendem o quão a saúde mental, psique e autoconceito são importantes para uma pessoa. Exemplo disso, quando uma mulher sofre violência psíquica por não se enquadrar em determinado padrão de beleza, esta não se encontra em bem estar, logo não há totalidade em saúde. Já a questão da variável ambiente foi outro ponto abordado pelos participantes do estudo fazendo parte da concepção saúde-doença. Isso é importante, pois se o ambiente ao qual se encontra a pessoa é poluído ou é escasso o saneamento básico, as chances de ocorrência de doença são maiores. Evidenciou-se que apenas duas pessoas, dentro do grupo amostral do presente estudo, citaram diretamente o quesito renda quando se perguntou sobre a concepção saúde-doença, isso revela que nem sempre todo o dimensionamento que abrange tal processo é apreendido pelas pessoas. Ter renda satisfatória contribui para que os indivíduos tenham qualidade de vida, pois, em comunidades de baixa renda algumas doenças são mais prevalentes. Considerações finais: Nesse sentido, é necessário que o futuro profissional da enfermagem se prepare para entender as diversas percepções sobre saúde-doença e as variáveis envolvidas a elas, uma vez que as intervenções devem levar em consideração o indivíduo em suas peculiaridades e o ambiente ao qual se encontra. O futuro profissional de enfermagem deve captar durante a graduação aspectos que busquem entender o que cada pessoa pensa sobre processo saúde-doença a fim de oferecer assistência para com o indivíduo e compartilhar de percepções do mesmo processo com o intuito de orientar o usuário de saúde de acordo com suas peculiaridades dentro de todo um contexto social, econômico e cultural, e, na pesquisa realizada o grupo amostral pesquisado soube observar os vários determinantes que influenciam a saúde-doença, utilizando aporte do conhecimento oriundo do cotidiano, assim como seus conhecimentos provenientes dos mais variados níveis de escolaridade. As questões que envolviam sexo, renda, estado civil e religiosidade da pessoa entrevistada ajudaram a esclarecer se alguns desses aspectos influenciariam na concepção saúde-doença que as pessoas têm, mas de forma geral as respostas eram semelhantes, visto que tiveram percepção ampla sobre o processo saúde-doença, apesar de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

algumas ressalvas. Desse modo, é necessário que os indivíduos compreendam os fatores que afetam a saúde para manter esse estado, assim como o profissional deve entender isso a fim de orientá-los na promoção da saúde.

Palavras-chave: Processo saúde-doença; Compreensão; Enfermagem



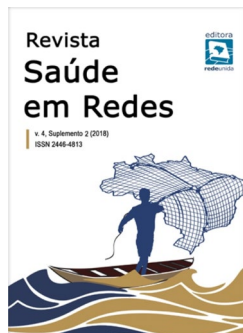
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OS FAMILIARES COMO PROTAGONISTAS NO CUIDAR DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: ADAPTAÇÃO E DESAFIOS

Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Érika Marcilla Sousa de Couto, Lara Monteiro Cardoso, Herman Ascensão da Silva Nunes

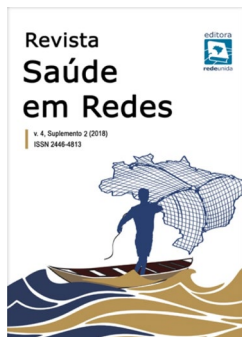
Apresentação: A família esteve por um longo período afastado do tratamento dos portadores de transtorno mental (PTM), no entanto, atualmente é uma peça fundamental neste, no qual muitos são os desafios enfrentados, como o preconceito, a resistência à mudança dos hábitos e a falta de conhecimento sobre a doença. O objetivo deste estudo foi verificar a importância do protagonismo dos familiares no tratamento do portador de transtorno mental, assim como suas estratégias adaptativas para esse cuidar e seus desafios, evidenciando as contribuições oferecidas pelo serviço e deficiências no atendimento. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, o qual foi vivenciado por acadêmicos do quinto período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, durante aulas práticas da disciplina de Saúde Mental I em um CAPS, localizado no município de Santarém, no Estado do Pará. A observação empírica e o diálogo com os familiares foram realizados durante o mês de maio, do ano de 2016. O relato de experiência foi construído a partir do olhar e do diálogo com os familiares. Foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa, de acordo com a resolução 466/12. **Resultados e/ou impactos:** 1) A concepção da família acerca dos desafios no cuidado do portador de transtorno mental: A recusa do usuário em utilizar o psicofármaco é um problema que está incluso na rotina da família cuidadora, resultando em atitudes de violência, de ocultação ou falsificação da ingestão do medicamento pelo PTM. Esse comportamento dificulta o controle da terapêutica pelo familiar responsável que por não saber da falha na tomada dos medicamentos fica impossibilitado de realizar suas atividades habituais. O transtorno mental modifica a capacidade do consciente do indivíduo, ocasionando condutas fora do padrão social, associadas à perda do pudor, a pretensão de estar recluso, ou o oposto, desenvolvendo anseio de mostrar-se, no qual a família não sabe intervir de modo eficaz. O sentimento de vergonha pode estar inserido no meio familiar devido ao trauma do convívio aliado à falta de compreensão sobre o quadro clínico, findando em recusa do familiar no auxílio do tratamento. As queixas da família dão mais referência ao momento em que o usuário se encontra no estado de crise, pois é a ocasião em que se põe agitado, não evidencia afeto e não aceita as indicações do cuidador. Tendo o familiar por consequência uma vida conturbada, às vezes, alegando medo e insônia pela insegurança de adormecer perante a conjuntura de desempenhos agressivos. Observou-se o sentimento de impaciência do familiar frente ao cuidado com o portador de transtorno mental relacionado à incompreensão das atitudes involuntárias que a doença traz, contudo, há cuidadores que se adaptam e procuram apreender o pensamento de que os comportamentos alterados são implicações da patologia, pois fora da crise os usuários praticam suas atividades diárias normalmente, fortalecendo a relação familiar. Outro ponto é o fato da família se ausentar do processo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

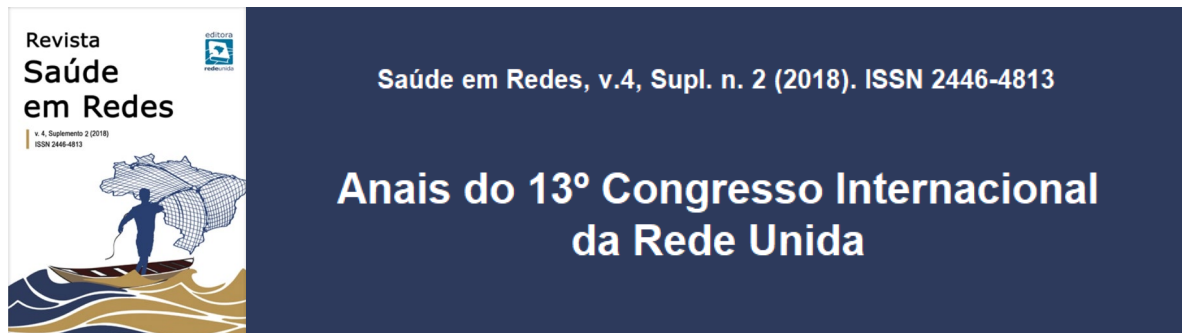
terapêutico em decorrência de suas ocupações laborais, que independente de haver muitos membros em um grupo, obrigatoriamente uma pessoa terá de renunciar seus serviços para prestar contínua atenção ao usuário, findando na sobrecarga sobre ele. Há famílias, porém, que se organizam, no qual cada um emprega uma função conforme a disponibilidade, alegando o incentivo a tarefas lúdicas com o objetivo de evitar a reclusão. As famílias aludem acerca da necessidade de existir uma ação coexistida do cuidador para com o cuidado, sendo este considerado uma criança, sem poder hierárquico, devendo obedecer às inferências propostas pelo familiar para conseguir efetividade nos artifícios terapêuticos por meio do temor. Isso pode ser consequência do modelo manicomial, no qual foi instituído condutas de ordem para conter as desordens morais e indisciplina dos PTM, como método de autoproteção da família. 2) A importância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na reabilitação do usuário e suas deficiências no atendimento: O CAPS está sob a visão de auxiliador e que traz resolutividade para as dificuldades pontuadas, removendo o fardo disposto sobre o familiar responsável. É citado pelos familiares quanto ao bom acolhimento pela equipe multiprofissional, no qual são recepcionados de forma agradável, passam pelo atendimento interdisciplinar e as demandas consistem em resolução dos problemas. Há adversidades quanto ao atendimento, a princípio, é exposta a questão da falta de pontualidade dos profissionais médicos, tendo como consequência a promoção de ansiedade nos pacientes que estão à espera de consultas ambulatoriais, que, por vezes, se encontram em crise, alargando o quadro. Também foram descritos os obstáculos com relação ao transporte e locomoção, no qual famílias que residem em comunidades ou na zona rural tem difícil acesso aos atendimentos agendados. Mas, esforçam-se em estarem presentes independentes da situação. Tal informação remete a necessidade da atuação fortificada dos profissionais nas unidades básicas de saúde (UBS) ou Estratégias de Saúde da Família (ESF) na saúde mental, para que ocorra um atendimento de qualidade dos PTM no nível primário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que os serviços estejam mais próximos dos usuários. A visita domiciliar é uma questão requerida pelos familiares e PTM, alegando a importância do atendimento e acompanhamento domiciliar no conforto do usuário e melhor relacionamento entre os profissionais e usuário. A falta de esclarecimento a propósito da patologia foi observada, mostrando falhas na comunicação da equipe profissional para com a família, aliadas a um déficit na humanização. Ainda, foi percebida a carência de capacitação da família pela equipe multiprofissional a fim de orientar acerca dos métodos para lidar com problemas comuns, que repetidamente, não são solucionados. Considerações finais: Os familiares dos PTM apontaram dificuldades inseridas no espaço familiar no que confere ao transtorno mental, estes apontados, sobretudo ao tratamento e convívio com o usuário. No qual, o cuidador referencial, geralmente, não recebe apoio do grupo e, não se vê subsidiado para prestar um cuidado eficaz, isso por carências na compreensão acerca da patologia e formas de intervenção. Assim, o CAPS assume inegável importância no tratamento do paciente com transtorno mental no auxílio à família do paciente, pois durante o acesso do paciente pelo centro, este se depara com situações que podem dificultar o tratamento e ocasionar um sentimento de desesperança no familiar.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

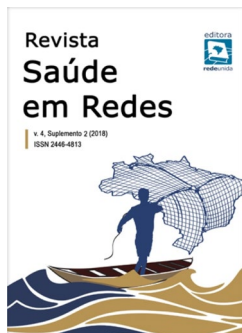
Palavras-chave: adaptação psicológica; relações familiares; serviços de saúde mental



PRÁTICAS E DESAFIOS DO PROCESSO CUIDATIVO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2: REVISÃO INTEGRATIVA

Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Isabella Maria da Costa Buchalle, Tatiane Lima da Silva, Érika Marcilla Sousa de Couto

Apresentação: O aumento na proporção de doenças cardiovasculares na população brasileira tem se associado a presença do diabetes mellitus (DM) tipo 2, principalmente quando se trata de dislipidemias e hipertensão arterial. Este fato é muito significativo, pois, até alguns anos atrás, a desnutrição foi um dos maiores problemas. Assim, os cuidados continuados no domicílio constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar as pessoas com dependência por DM, procurando promover nelas a melhor qualidade de vida possível, pois a convivência com essa patologia requer uma vida inteira de comportamentos especiais de autocuidado. Logo, prestar assistência a essa pessoa está além de ajudá-la a controlar os sintomas, mas a viver com incapacidades e adaptar-se às mudanças sociais e psicológicas decorrentes da doença e requer do enfermeiro um cuidado ampliado. O enfermeiro atua como agente transformador da consciência dos pacientes ao que se refere a questão da realização da prevenção e do tratamento, possibilitando-os dar continuidade às suas atividades de maneira a promover sua satisfação e também a sua saúde. Este estudo tem como questão norteadora “Quais as práticas e desafios do cuidado de enfermagem aos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em domicílio? Assim, o estudo objetiva analisar as práticas e desafios do processo cuidativo do enfermeiro frente aos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em domicílio. **Desenvolvimento do trabalho:** Versa um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A coleta dos artigos na literatura, desencadeou-se com a procura na Biblioteca virtual em Saúde (BVS), nos embasamentos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os descritores: assistência domiciliar, diabetes mellitus tipo 2 e enfermagem. Após passarem pelos critérios de inclusão de exclusão 10 artigos fizeram parte da amostra final. No que confere ao acondicionamento dos dados e apreensão da problemática dos estudos, utilizou-se um instrumento de coleta de dados adaptado a um validado. A análise se deu através da interpretação e síntese dos dados e envolveu a leitura do texto completo dos artigos e avaliação bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas: Intervenção educativa da Enfermagem no cuidado de DM e Autocuidado em domicílio. **Resultados e/ou impactos:** Quanto aos dados dispostos em periódicos, três foram publicados na Revista de Enfermagem da UERJ, seguidos por dois cuja as publicações ocorreram na Revista Brasileira de Enfermagem e dois na Revista da Escola de Enfermagem da USP, um na Revista Mineira de Enfermagem, um na Acta Paulista de Enfermagem e um na Revista Gaúcha de Enfermagem. A distribuição foi equilibrada entre hospitais, centros de pesquisa, unidades e centros de saúde. Notou-se que a maior parte se tratava de artigos nacionais, seguidos por artigos produzidos na América Latina e México. O



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

período de publicação mais numeroso foi do ano de 2010, seguidos pelos anos de 2011 com dois artigos e 2012, também com dois artigos. Dentro da categoria Intervenção educativa da Enfermagem no cuidado de DM foi explanado que a educação em saúde e capacitação para autocuidado são métodos utilizados como instrumento do controle metabólico, tratamento no diabetes mellitus e prevenção das complicações cutâneas através de medidas condicionais, equivalendo a aconselhamento nutricional, a promoção do exercício e manejo correto da medicação. Também a intervenção educativa sobre o cuidado com os pés é realizada, orientando sobre o uso de calçados, meias e cuidados de hidratação, de higiene e de verificação diária de anormalidades dos pés a fim de diminuir amputações das extremidades inferiores. No qual, as práticas educativas dialógica e reflexiva realizadas pela equipe de enfermagem nas visitas domiciliares, vêm com a proposta de facilitar a vivências dos clientes com a DM, abordando os fatores de risco modificáveis. Correlacionado a isso, são vistas as dificuldades de apropriação de orientações em pessoas que recebem o diagnóstico na fase adulta, pois já tem valores, crenças e hábitos conformados, podendo trazer resistências às mudanças. O diálogo como parte da assistência em saúde, permite que os encontros evoluam para além dos aspectos clínicos da condição crônica de saúde, envolvendo a subjetividade, expressa em palavras e sentimentos. Os usuários dos serviços de saúde têm um desejo profundo de ser compreendidos em suas necessidades, porém é preciso haver limites entre a atenção do profissional e as relações pessoais. É perceptível que muitos serviços possuem caráter mecânico, como se a mecanização estivesse sendo sobreposta ao verdadeiro objetivo da profissão, o cuidado humanizado, a qual nascem concepções tortuosas pelo cliente, no qual vê a prestação do cuidado (quando efetivo) como “ajuda”. Na categoria Autocuidado em domicílio se evidencia que as amputações e complicações gerais do DM podem ser evitadas somente quando há mudança de mentalidade e os indivíduos obtêm informações de como praticar o autocuidado, pois é perceptível que a maioria dos pacientes tem escolaridade baixa, isso colabora para a deficiência no processo cuidativo no domicílio. Sendo a visita domiciliar de grande relevância para a orientação do autocuidado em diabetes, pois é o momento que os clientes são estimulados discutir aspectos relativos a doença, observando a necessidade de conhecer e aprender mais sobre ela e a reconhecer a deficiência de suas habilidades para o autocuidado. Foi observado que as pessoas com DM tipo 2 podem ter baixa motivação para o autocuidado ou limitações frente às incapacidades relacionadas às comorbidades e às complicações crônicas, exacerbado quando os sujeitos não participam de Grupos de Ajuda Mútua. Em circunstâncias, a partir do momento em que o cliente tem capacidade de realizar tarefas cuidativas, ele opta em fazê-las devido à presença deficiências nas assistências prestadas por profissionais em instituições de saúde. Considerações finais: O enfermeiro é responsável pela intervenção educativa, esta feita a partir da colaboração e responsabilidade do paciente. Observa-se que, geralmente, há resistência à realização do autocuidado, seja por baixa motivação e limitações relacionadas às comorbidades ou, quando optam por praticá-lo podem ocorrer falhas nos serviços assistenciais ofertados por profissionais e pelas instituições de saúde. Dessa forma, o papel do enfermeiro é fundamental para a realização

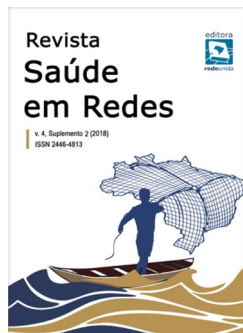


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

da prática do autocuidado visando incentivá-lo com o enfoque para prevenção das complicações gerais do diabetes mellitus.

Palavras-chave: autocuidado; diabetes mellitus tipo 2; educação em saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

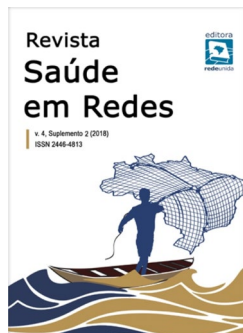
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Vaneska Tainá Pinto Barbosa, Victória Karolina Santos Santana, Victória Karolina Santos Santana, Carla Costa da Silva, Ruth Carolina Leão Costa, Ruth Carolina Leão Costa, Mônica de Cássia Pinheiro Costa, Mônica de Cássia Pinheiro Costa, Evelyn Cristina da Silva Coelho, Evelyn Cristina da Silva Coelho, Suelem Gaia Epifane, Suelem Gaia Epifane, Larissa Lima Figueira Freire, Larissa Lima Figueira Freire

INTRODUÇÃO: Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é possível evidenciar profundas mudanças no acesso e no atendimento em saúde, mas ainda não é o suficiente. Para que novas mudanças ocorram, também são necessárias alterações importantes na formação e no desenvolvimento dos profissionais dessa área, pois um dos pilares que sustenta o SUS é a formação dos profissionais que trabalham no sistema. Continuamente esses trabalhadores, se deparam com desafios presentes no campo da saúde, e desse modo, carecem de uma formação integral, o que demanda a articulação das instituições formadoras e dos serviços, de modo a possibilitar a construção de processos educativos no trabalho. Instituída pelo Ministério da Saúde e da Educação, em 2005, por meio de ações articuladas entre o ensino e o serviço na área, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê estratégias para a formação e o desenvolvimento dos profissionais atuantes no SUS. Nessa proposta política, os cursos e as novas tecnologias apresentadas aos profissionais devem levar em conta as dificuldades enfrentadas no cotidiano, com vistas à maior qualidade dos serviços prestados à população e ao fortalecimento do sistema, propondo processos educativos que se deem de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. O conhecimento e a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) nos serviços de saúde são de extrema importância por permitir diagnosticar a situação da educação no cotidiano de trabalho dos profissionais que buscam experiências e potencialidades no contexto do trabalho, além disso, torna inquestionável a necessidade de mantê-los capacitados e atualizados, objetivando a prestação de uma assistência qualificada e para suprir déficits deixados na sua formação.

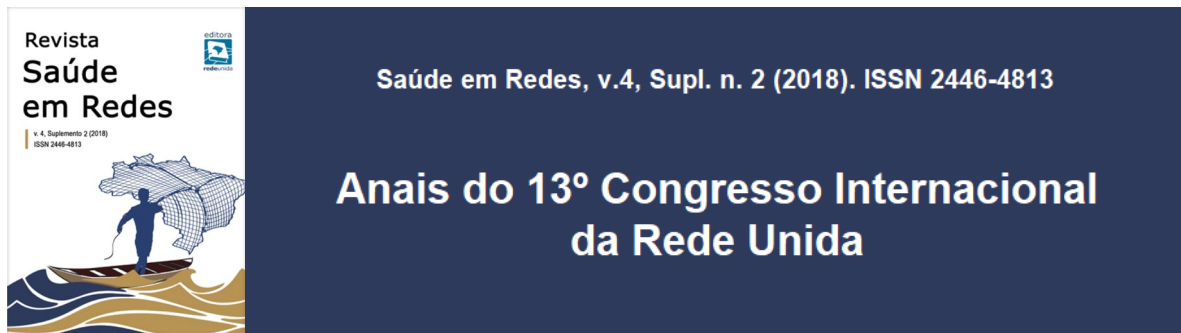
OBJETIVO: Sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto a importância da educação permanente como instrumento para a melhoria da qualidade da assistência. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativo, do tipo relato de experiência, vivenciados por acadêmicos do 3º ano do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), referente as Atividades Integradas em Saúde (AIS), no período de 6 a 24 de março de 2017. O local foi no setor da pediatria de um hospital de ensino público de alta complexidade no município de Belém do Pará. Os participantes foram a equipe de enfermagem, constituída pela enfermeira responsável pelas enfermarias da pediatria e três técnicas de enfermagem. Para a realização do trabalho utilizou-se como base a metodologia da problematização, como o método do Arco de Maguerez, o qual é composto por cinco etapas: inicia-se pela observação da realidade, sob diversos ângulos,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

permitindo assim a identificação dos problemas existentes. Nessa etapa, podem-se coletar informações e identificar os principais eixos a serem explorados acerca dos problemas. Depois de definido o eixo da problematização, inicia-se um processo de reflexão sobre os fatores mais determinantes que contribuem para a existência do problema. Tal reflexão demarcará os principais pontos-chaves, os quais possibilitarão uma maior criatividade e flexibilidade na compreensão do problema. A terceira fase, a teorização, busca-se as respostas do problema, dando um sentido para os dados, informações e registros obtidos em campo. A quarta etapa, a hipótese de soluções, culmina nas alternativas de soluções e, é nesta etapa que a criatividade e originalidade serão aguçadas pelos estudantes/observadores. Por fim, a aplicação à realidade é o assistir com ações práticas, com a finalidade de sensibilizar os participantes em relação às soluções formuladas, o que de alguma maneira poderá transformar gradativamente a realidade. Seguindo tais etapas, as atividades no hospital foram desenvolvidas nos seguintes momentos: inicialmente, foi realizada uma observação da realidade, na qual foi evidenciado a necessidade de sensibilizar a respeito da educação permanente, devido a algumas práticas da equipe sem evidências científicas e realizadas de maneira tecnicistas e para o levantamento de pontos-chaves, partindo-se para a terceira fase, a teorização, realizou-se pesquisas em manuais do Ministério da Saúde, artigos na base Lilacs e Bireme sobre educação permanente na melhoria da assistência de enfermagem e sua importância no contexto hospitalar, com o propósito de obter maiores conhecimentos do problema encontrado. Seguindo o arco, partiu-se para a etapa de hipótese de solução, na qual foi elaborado o plano de ação com recursos didáticos e com o desenvolvimento de uma tecnologia educativa objetiva e ilustrativa, a fim de facilitar a compreensão sobre a importância manter-se atualizado e capacitado frente as demandas do mundo atual. Na última etapa, concluiu-se a aplicação à realidade, por meio da explanação em forma de roda de conversa com a tecnologia educativa como apoio de acompanhamento da socialização com o grupo. RESULTADOS: Verificou-se inicialmente que os profissionais de enfermagem reconhecem a educação permanente como um direito, inserido na política de educação permanente em saúde. Observou-se também, a partir da troca de conhecimento com a equipe, que os mesmos validam a educação permanente como importante para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para sua capacitação profissional. No entanto, a equipe ressaltava as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em participar de atividades de educação permanente extra e intramuros, ocasionados pela falta de tempo dentro da carga horária programada pela chefia da instituição, o que dificulta o acesso às oportunidades de aperfeiçoamento e atualizações disponíveis, por vezes, dentro da própria instituição. Além disso, ressaltaram que sentem-se desmotivados a participar de capacitações por não receberem incentivos e o reconhecimento no trabalho, alegam falta de um plano de cargos, a longa duração, dias “inadequados”, necessidade de custear o transporte, a ocorrência de cursos fora do horário expediente, que envolve a falta de organização da instituição. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O relato vem contribuir de forma significativa, visto que a EPS é uma educação voltada para o trabalho na saúde que pode somar para a melhora da assistência do cuidado, fazendo o profissional refletir criticamente



a respeito de sua prática. A partir da realização desse estudo, evidenciou-se a importância de debates e socializações a respeito da educação permanente, pois dessa forma é possível avaliar as percepções dos trabalhadores quanto à temática abordada e os desafios inerentes para sua efetividade. Evidencia-se que há a necessidade de se desenvolver meios que esclareçam os propósitos da EPS e sensibilize os profissionais e as chefias para o estabelecimento de programas e reorganização no processo de trabalho das equipes de enfermagem de modo contínuo durante todo o período de atuação no serviço, propiciando assim, o pleno desenvolvimento da formação para o trabalho. Por fim, espera-se contribuir no campo da EPS incentivando as equipes de saúde a participarem de maneira concisa em programas de educação permanente e busquem outros meios de capacitação que os mantenham atualizados sobre as novas demandas no campo da saúde. Ademais, espera-se contribuir com a produção científica da área, fornecendo assim mais estudos e subsídios para produções futuras sobre a temática em questão.

Palavras-chave: Educação permanente; capacitação em serviço; Prática profissional



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A UTILIZAÇÃO DA ELETROMIOGRAFIA LOMBAR PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DE PRODUTORES RURAIS COM A ATIVIDADE LEITEIRA

Nathália Arnoldi Silveira, Emanuelli Broch Orsolin, Milene Almeida Ribas, Katieli Santos de Lima, Susana Cristina Domenech, Lincoln da Silva, Noé Gomes Borges Jr., Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Introdução

A produção leiteira é uma das mais importantes atividades do setor agrícola, ela é responsável pela geração de renda principal ou complementar de muitas famílias. Para que se realize a ordenha, o produtor rural por muitas vezes acaba realizando grandes esforços para retirar a alimentação do silo e colocá-la em carrinhos de mão para transportá-la até o estábulo ou permanecendo em posições inadequadas, que demandam muito esforço de sua musculatura lombar, gerando estresse e desencadeando patologias, sendo a lombalgia a mais referida.

A lombalgia nada mais é do que dor na coluna lombar, desencadeada por posturas viciosas, inadequadas e que geram fadiga na musculatura eretora da coluna lombar.

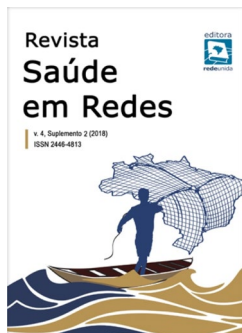
Para analisar o trabalho da musculatura lombar, utilizamos a eletromiografia, um exame que registra os potenciais elétricos que acontecem nas fibras musculares e desta forma podemos ver a função muscular.

Neste sentido, verifica-se a importância de conhecer a utilização da eletromiografia lombar para melhorar a qualidade de vida dos produtores rurais com atividade leiteira dando melhores condições para a realização das atividades de vida diária.

Descrição da experiência

Este trabalho é parte de um projeto guarda-chuva que busca a integralidade na saúde postural do trabalhador rural na atividade leiteira. É planejado e realizado pelo Centro de Ciências da Saúde e Agrárias - CCSA - Curso de Fisioterapia da UNICRUZ, Laboratório de Instrumentação – LABIN - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID - Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC e a EMATER - Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural e ASCAR - Associação Sulina de Crédito e Assistência Rural, com o apoio do GT Social do Programa Rede Leite (Programa em Rede de Pesquisa-Desenvolvimento em Sistemas de Produção com Pecuária de Leite no Noroeste do Rio Grande do Sul).

Os dados foram coletados no Laboratório de Fisioterapia da UNICRUZ, localizado na cidade de Cruz Alta, no estado do Rio Grande do Sul/Brasil, no mês de maio de 2017. Contou com a participação de 26 trabalhadores na atividade leiteira de pequenas propriedades dos municípios de Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Bozano, Condor, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ijuí, Jóia, Nova Ramada, Panambi e Salto do Jacuí, vinculadas a EMATER, e que realizam atividade de ordenha de leite há mais de cinco anos. Estes trabalhadores são selecionados pelos extensionistas rurais, técnicos da EMATER, de cada



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

município participante. Em todas as atividades que aconteceram foram os extensionistas os responsáveis pelo acompanhamento dos trabalhadores rurais na atividade leiteira.

Para o atendimento a Resolução 466/2012, denominadas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, o projeto é aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ – Número do Parecer: 1.100982. Inicialmente, os produtores que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após foram encaminhados à sala para aplicação do teste de eletromiografia.

Os participantes inicialmente passavam por tricotomia e assepsia da região lombar, após era feita a colocação de 5 eletrodos nos músculos multifidos direito e esquerdo ao nível das vértebras lombares (L4- L5) e sacral (S1). Após eram posicionados na plataforma de MDF e afixados na mesma. Essa plataforma possui uma célula de carga, uma corrente e um puxador e foi desenvolvido pelo Laboratório de Instrumentação (LABIN) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). A postura que deveriam permanecer exigia que ficassem com as pernas completamente estendidas e com o tronco levemente flexionado, para que houvesse uma contração isométrica da coluna lombar ao mesmo tempo em que tracionavam a célula de carga através do puxador.

Foram realizados 3 testes de 10 segundos com intervalo de 2 minutos em cada teste. A aquisição dos sinais de força e de eletromiografia (EMG) foi realizada com um eletromiógrafo de 4 canais Miotool 400 da marca Miotec. Para o registro do sinal eletromiográfico, foram utilizados pares de eletrodos de superfície de Ag/AgCl, pré-geleificado (Meditrace®), em configuração bipolar, com área de captação de 1cm de diâmetro e distância inter-eletrodos de 2cm, com adesivo de fixação.

Resultados

A amostra foi composta por 26 trabalhadores rurais com a atividade leiteira, onde constatamos que o músculo multifido esquerdo ($3.58\mu V$) possui média mínima maior que o multifido direito ($2.38\mu V$). A média máxima de contração do músculo multifido obteve valores contrários a mínima, sendo o multifido direito com média ($154.29\mu V$) e o multifido esquerdo obteve média menor ($132.63\mu V$). Quando observamos a média e desvio padrão, podemos perceber que o multifido esquerdo ($47.5\pm 30\mu V$), obteve valores menores que o multifido direito ($49.5\pm 35.1\mu V$). Analisando os 3 testes, podemos constatar que o multifido direito obteve valores maiores em todos os testes em comparação com o lado esquerdo; observa-se ainda que o teste 1 obteve os melhores resultados ao ser comparado com os testes 2 e 3 isso se explica ao fadigamento muscular. No teste 1 os músculos estavam relaxados, não sofreram nenhum estresse antes do teste, o decréscimo dos valores se explica pela fadiga.

Considerações finais

A partir dos resultados encontrados podemos concluir que a eletromiografia é muito útil para analisar a musculatura da coluna lombar, pois constatamos que a musculatura do lado direito é mais utilizada e que quando são submetidos a estresse, a musculatura lombar fadiga e diminui sua atividade. Esta diferença nos valores eletromiográficos entre os lados direito e



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

esquerdo pode sugerir um desequilíbrio no uso da força para realizar as atividades. Houve também importante diferença na ativação muscular entre homens e mulheres. Apesar da amostra ser pequena, os valores apresentados, tanto na eletromiografia como na dinamometria, poderão servir de base para novos estudos em populações semelhantes. Para melhorar a qualidade de vida desses trabalhadores com a atividade leiteira realizamos oficinas pedagógicas para reeducação postural, orientamos exercícios para serem realizados diariamente no domicílio para que haja alongamento e fortalecimento de toda musculatura corporal, principalmente a lombar. Ainda visitamos as propriedades dos trabalhadores rurais com a atividade leiteira e realizamos uma análise ergonômica do local de trabalho para melhorar as atividades nele realizado e melhorando assim a qualidade de vida dos produtores.

Palavras-chave

Trabalhadores rurais. Eletromiografia. Qualidade de vida



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Bruno Alvarenga Ribeiro, Silvia Sidnéia da Silva

Apresentação

O sofrimento no trabalho do enfermeiro vem sendo objeto de diversas investigações. Esta temática vem chamando a atenção dos pesquisadores porque revela que o sofrimento é parte do cotidiano destes profissionais, responsáveis pelo cuidado no campo da saúde.

Deste modo, é necessário que se realizem estudos que esclareçam a relação entre trabalho e sofrimento apontando, frente às vivências profissionais, para as condições precárias de trabalho na saúde pública como um conjunto de fatores que compõem como fontes potenciais de sofrimento, que resultam, provavelmente, do processo de desmonte dos direitos sociais.

Por outro lado, o trabalho também pode proporcionar prazer que, muitas vezes, está associado ao reconhecimento do trabalho do enfermeiro por parte dos pacientes e da possibilidade de poder ajudá-los. Desta forma, pesquisas sobre o prazer e sofrimento no trabalho podem ajudar a fortalecer a categoria profissional, além de muni-la com as ferramentas para lutar por melhores condições de trabalho.

Portanto, o presente estudo, produto de uma dissertação de mestrado em andamento, tem como objetivo apresentar as situações causadoras de prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro que atua na atenção básica do município de Formiga/MG. Acredita-se que o conhecimento das condições geradoras de sofrimento e prazer no trabalho pode subsidiar intervenções que levem os enfermeiros a transformarem o seu próprio trabalho, o que resultaria, consequentemente, em maior empoderamento desses profissionais.

Desenvolvimento do Trabalho

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter descritivo-exploratório. Algo de peculiar no objeto de estudo torna a pesquisa qualitativa um meio elegível para a abordagem do problema, de forma que sua utilização ajuda a desnudar as nuances das redes de determinação em que este objeto está inserido. Neste caso, trata-se da compreensão de como prazer e sofrimento se articulam através dos modos como os enfermeiros, que atuam na atenção básica do município de Formiga/MG, expressam suas subjetividades no contexto do trabalho.

A população que compõe a investigação é formada por dezoito enfermeiros que gerenciam as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESFs) no município de Formiga/MG. A coleta dos dados foi feita mediante a utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por dois momentos: perguntas fechadas para a caracterização dos perfis dos entrevistados e perguntas abertas direcionadas ao levantamento de informações sobre o cotidiano do trabalho dos enfermeiros que trabalham nas ESFs de Formiga/MG. Por fim, é



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

importante registrar que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto/SP (UNAERP), sob o parecer número 2.294.497.

Este estudo discorre sobre dados fornecidos por 08 enfermeiros que atuam nas ESFs, já entrevistados, que constituem a amostra. Os dados foram analisados à luz da análise de discurso, utilizando, a análise temática pautada no modelo aberto, em que as categorias de análise tomam forma durante a realização do estudo.

Resultados e/ou Impactos

A média de idade dos entrevistados é de aproximadamente 38 anos com um desvio padrão de 3,94. O tempo médio de formação é de 12 anos com desvio padrão de 3,20. Dos oito profissionais entrevistados, 75% trabalham como enfermeiro há mais de nove anos; 12,5% entre 7 a 9 anos e outros 12,5% enfermeiros entre 3 a 5 anos. A informação sobre o tempo de atuação na atenção básica se aproxima do tempo de atuação como enfermeiro sendo que 75% deles atuavam na atenção básica há mais de 9 anos, o que nos permite inferir que a maioria concluiu a graduação e logo ingressou na saúde pública por meio de concurso público, pois 75% deles são concursados; 25% são contratados via processo seletivo, sendo que 12,5% corresponde à faixa entre 7 e 9 anos e os outros 12,5% entre 1 e 3 anos.

É interessante notar que 100% dos profissionais entrevistados trabalham privativamente na atenção básica, portanto, não possuem outros vínculos empregatícios. A exclusividade ajuda a entender a última reformulação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que estabelece como obrigatoriedade a contratação de enfermeiros assistenciais e gerenciais para a coordenação das ESFs. Outras categorias profissionais, como médicos e dentistas, costumam ter outros vínculos profissionais para além da carreira no serviço público. O enfermeiro, profissional que normalmente cumpre uma jornada de 08 horas diárias de trabalho na atenção básica, mantém com o trabalho uma relação de singularidade, e, por isso, as mudanças na PNAB incluíram manter o profissional da Enfermagem como gerente das ESFs, dividindo, a partir de então, a Enfermagem Assistencial da Enfermagem Gerencial. Chama atenção, esse momento de coleta de dados, as condições de precarização do trabalho, que se expressam pela falta de materiais, de insumos, pela ausência de manutenção física dos prédios e pela formação de equipes com a quantidade mínima de profissionais, que compõem, portanto, como as situações que frequentemente estão associadas às experiências de sofrimento no trabalho. Diante dessas condições, o sentimento de impotência é muito comum, pois o profissional é privado da possibilidade de colocar em prática a assistência em saúde.

Mas, há que se salientar que o trabalho não é apenas sofrimento. Mesmo em meio à precariedade os enfermeiros conseguem ressignificar de tal modo o trabalho, que ele também proporciona experiências de prazer. São fontes de prazer no trabalho o sentimento de dever cumprido, que se concretiza no sentimento resultante do atendimento às demandas dos usuários e o reconhecimento apresentados por eles, mediante a resolução e/ou minimização dos seus problemas.

Considerações Finais



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O avanço da agenda neoliberal e a consequente consolidação do processo de desmonte dos direitos sociais vem resultando na precarização das políticas sociais. A saúde pública está incluída neste processo e vem sendo atingida em todos os seus níveis de complexidade, onde inclui-se a atenção básica. Deste modo, a fragilização da atenção básica se constitui como um dos maiores obstáculos para os profissionais que atuam neste nível de complexidade.

Para o enfermeiro, que atua com a assistência em saúde e também no gerenciamento das ESFs, estes obstáculos se transformam em situações causadoras de sofrimento. No entanto, as experiências de sofrimento são equilibradas pelas experiências de prazer, que geralmente estão associadas ao atendimento das demandas dos usuários. Neste sentido, o atendimento ao usuário é marcado por uma relação dialética. Por um lado, a precarização da atenção básica dificulta a sua realização, por outro, quando ele é realizado, acaba proporcionando aos profissionais, experiências que levam à realização emocional e profissional.

Portanto, prazer e sofrimento são experiências que fazem parte do trabalho do enfermeiro da atenção básica no município onde se realiza a pesquisa. Conhecer os seus determinantes é fundamental, pois pode contribuir na busca por estratégias de empoderamento da categoria profissional dos enfermeiros, subsidiando, ainda, intervenções que tenham condições de produzir mudanças no processo de trabalho.

Palavras-chave

Enfermeiros de Saúde da Família; Prazer no Trabalho; Sofrimento no Trabalho



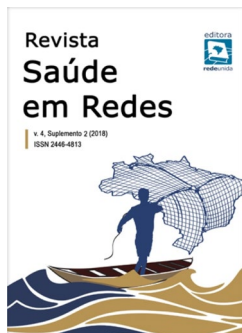
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV SOBRE UMA FUTURA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Kedma Correa Pinheiro, Bruna Alessandra Costa E Silva Panarra, Eliene Do Socorro Da Silva Santos, Jhennifer Pereira Rodrigues, Letícia De Santana Chaves

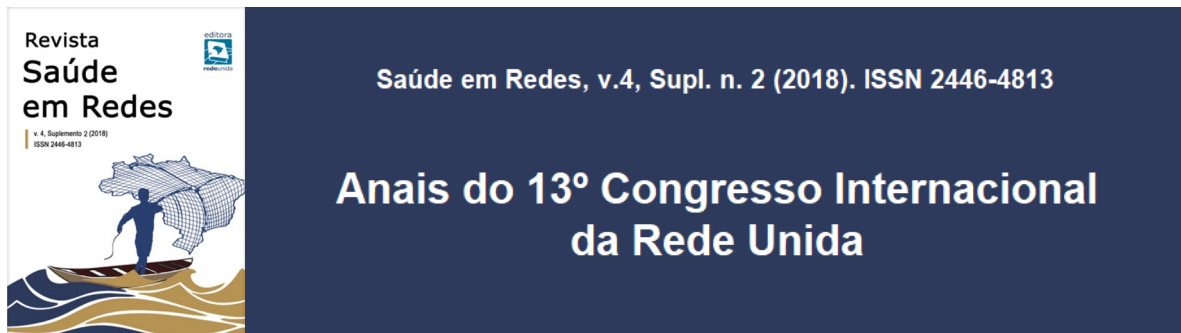
Apresentação: O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) afeta o sistema imunológico da pessoa infectada, lesionando principalmente as células T CD4+, que leva à incapacidade do organismo de se defender, podendo assim, ser acometido por doenças e infecções oportunistas. O HIV pode ser transmitido através de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e agulhas infectadas, transfusão sanguínea, ou de mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação. No Brasil, de 2007 a junho de 2016 foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV, onde 6.868 (6,3%) foram na Região Norte. Desse total de casos notificados, 44.766 foram detectados em mulheres, onde 28,6% corresponde à mulheres grávidas com HIV na faixa etária de 20 a 24 anos. O processo gestacional tende a ser uma experiência baseada em medos, trazendo tensão e insegurança, tanto em relação à transmissão do HIV quanto à utilização das medicações, a gestante teme pelo sofrimento do filho em relação a todos os fatores estressantes aliados à infecção pelo HIV. Além disso, a mulher terá que se reconhecer como mãe e estar ciente de todas as consequências e riscos que essa condição traz consigo. Existem ainda mulheres que mesmo conhecendo sua sorologia positiva, decidem ter filhos, esse contexto mostra que independentemente da sorologia para o HIV o desejo de ter filhos em mulheres vivendo com o vírus permanece inalterado. Assim, torna-se relevante a discussão acerca das escolhas reprodutivas das mulheres a partir de sua própria visão. Considerando, portanto, a importância e a valorização do desejo humano e a capacidade de decisão das mulheres que vivem com HIV que pretendem constituir uma família e que isto deve ocorrer independentemente da aprovação do outro e do estigma antifamília que muitas vezes lhes é direcionado. O estudo teve como objetivo identificar o perfil das produções científicas sobre a percepção das mulheres que vivem com HIV sobre uma futura gestação. Desenvolvimento do trabalho: Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A elaboração da RIL seguiu os seis passos. Fase 1: Seleção do tema (percepção das mulheres que vivem com HIV sobre uma futura gestação) e da questão de pesquisa: qual a percepção das mulheres que vivem com HIV sobre uma futura gestação? Na Fase 2 aplicamos os critérios de inclusão: artigos, monografia, dissertações e teses completos com abordagem qualitativa, disponíveis on-line no período de 2007 a 2015. Quanto aos critérios de exclusão: artigos de revisões de literatura, reflexões e resenhas. Para tal, utilizaram-se as seguintes combinações com descritores: relações familiares, família de pais solteiros, mulher e HIV, e com palavras-chave: gestante e soropositividade para o HIV, mulher HIV e percepção familiar, família e HIV, e saúde da mulher e HIV. As bases de dados consultadas foram: Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram encontradas 628 produções. No entanto, após a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

leitura dos resumos, constatou-se que somente 23 produções atendiam aos critérios de inclusão. Na Fase 3 realizamos a aplicação da ficha validada de Ursi 2005 com questões sobre o perfil geral da referência e principais evidências. Fase 4: Análise com base nas categorias. Fase 5: discussão das categorias. Fase 6: apresentação da revisão. Resultados: quanto ao perfil das produções em relação à área: dez são multiprofissional, seis são da área da enfermagem, quatro da psicologia e três da medicina. Quanto à região do Brasil: onze são do sudeste, seis do nordeste, três do sul e três de outros países. No que diz respeito ao ano: três são de 2015, um de 2014, sete de 2013, seis de 2012, um de 2011, um de 2010, três de 2009, um de 2008 e um de 2007. A análise dos vinte e três estudos fez emergir três categorias capazes de sinalizar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre percepção das mulheres que vivem com HIV sobre uma futura gestação, como pode ser visto a seguir: I. O desejo de ser mãe e as perspectivas futuras: as mulheres referem o desejo de ser mãe e formar uma família. Esta expectativa gera um novo significado para a sua vida. A gestação apresenta-se como uma maneira de afirmar o poder que a mulher tem sobre seu corpo e enfrentar o estigma. Entretanto, gera sentimentos de tristeza frente à impossibilidade do aleitamento materno, culpabilização e responsabilidade em relação à possibilidade de transmissão vertical; II. Apoio da família e parceiro: nesta categoria observa-se as relações de gênero e poder entre mulheres e seus parceiros, as expectativas e medo em relação a falta de apoio do parceiro, família e sociedade; III. Direitos sexuais e reprodutivos: nesta categoria referem que a sociedade e alguns profissionais não apoiam uma futura gestação entre pessoas que vivem com HIV. A ausência da escuta atenta e do apoio emocional por parte dos profissionais de saúde gera dúvidas e sentimentos de vulnerabilidade e culpa entre as mulheres. Observa-se a necessidade de investimentos no planejamento familiar das pessoas que vivem com HIV. De acordo com a investigação feita na base de dados não foram encontrados publicações disponíveis da Região Norte do Brasil que abordassem o tema proposto durante os últimos 10 anos, denotando a necessidade de novas pesquisas na região sobre a temática. Considerações finais: Desta forma, conhecer a percepção das mulheres que vivem com HIV em relação a uma futura gestação se torna imprescindível para que as equipes de profissionais de saúde reconheçam a importância da escuta atenta na abordagem da mulher que vive com HIV, tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista psicossocial. Em virtude dessas particularidades, é necessário um modelo assistencial que valorize os sentimentos expressados por essas mulheres, no que se refere ao desejo de ser mãe. Possibilitando assim, uma escuta atenta por parte dos profissionais, para que possam compreender os sentimentos, os medos, as angústias e as necessidades das mesmas. Visto que, o aprendizado do profissional é constante, faz-se necessário o investimento na formação, capacitação e educação continuada e permanente, que abranja o planejamento familiar direcionado às mulheres que vivem com HIV e que tem o desejo de engravidar. Além de assegurar a integralidade na atenção à saúde de mulheres que vivem com HIV, a partir do seu acolhimento na unidade de saúde. Portanto, faz-se necessário que toda a equipe obtenha o conhecimento adequado para atender essas mulheres, garantindo seu direito e orientando



quanto a uma gestação segura, tanto para a mulher, como para a criança, bem como tirar suas dúvidas, diminuindo assim a probabilidade de transmissão vertical.

Palavras-chave: mulheres HIV; gestação e HIV; educação continuada e permanente



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROJETO PARTEJAR: PRODUZINDO CUIDADO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA A GESTANTES E BEBÊS

Marita de Almeida Assis Brilhante, Thuany Bento Herculano, Érika Patrícia Pereira Gomes, Juliana Sampaio, Tiago Salessi

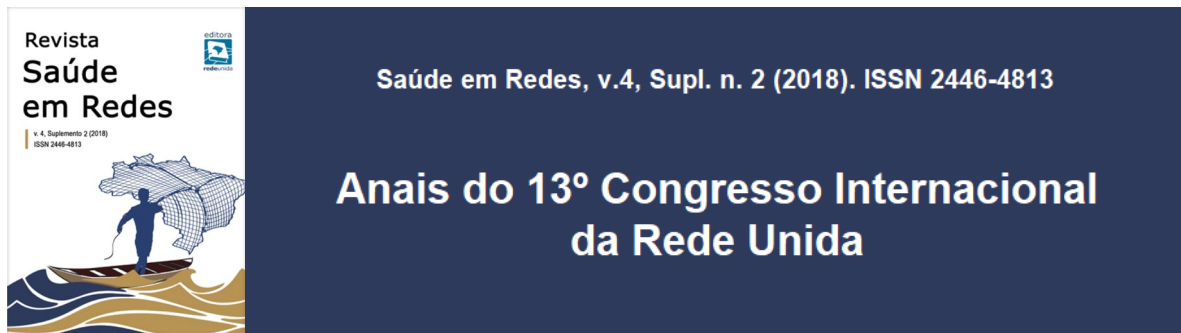
Apresentação: A medicalização do parto e do nascimento e o modelo tecnocrático na assistência obstétrica centraliza o cuidado em intervenções desnecessárias que provocam dissociação entre o parir/nascer e o protagonismo da mulher. Buscando novas alternativas para estudantes de graduação interessados na mudança desse modelo, o Projeto Partejar, iniciado em 2015, vem consolidando-se enquanto extensão universitária no Instituto Cândida Vargas (ICV), em João Pessoa-PB, maior maternidade pública do estado. Esse trabalho objetiva descrever e analisar a experiência desse Projeto de Extensão vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência produzido a partir das vivências de doze extensionistas no “Projeto Partejar”, entre os anos de 2015 e 2017. Durante as atividades práticas na maternidade, as/os extensionistas mantêm um diário de campo, anotando suas experiências e reflexões. Esses diários servem como base para a discussão deste relato. O Partejar surgiu da inquietação de estudantes de medicina insatisfeitos com as poucas possibilidades ofertadas pela graduação, no que concerne ao cuidado integral das mulheres. Com a intenção de ressignificar o cuidado materno-infantil, na perspectiva da humanização do parto e do nascimento, essa iniciativa desenvolve três elementos-chave: a formação em saúde atrelada às políticas públicas e à defesa do Sistema Único de Saúde; a assistência pautada no cuidado integral e na clínica ampliada; e o ativismo político na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. As atividades do projeto são planejadas, discutidas, executadas e avaliadas pelos próprios extensionistas, pertencentes a várias áreas da saúde, com o apoio dos coordenadores, uma psicóloga e um médico da família. Essa multiplicidade de olhares e perspectivas constrói um projeto dinâmico e democrático, o qual tem sido avaliado positivamente pela maternidade. As discussões são baseadas nas diretrizes das políticas públicas como a Estratégia Rede Cegonha (2011) e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017). Em 2015, a/os extensionistas puderam participar do Curso de Boas Práticas Obstétricas com ênfase no processo de trabalho, desenvolvido por meio de uma parceria entre maternidade e UFPB. O Curso possibilitou a integração de diversas categorias profissionais, exceto a médica, que pouco se envolve em espaços de reflexão sobre processo de trabalho nessa instituição. A ausência da/os médica/os é percebida pela/os trabalhadores como elemento que dificulta a integração da equipe. Além disso, a/os extensionistas integraram atividades da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher, ocorridas na maternidade. Nessas rodas de conversa com a/os trabalhadores, foi tematizada a importância de toda/os apoiarem a mulher que amamenta, sem infantilizá-la e sem desconsiderar os aspectos sociais, históricos e culturais que perpassam o ato de amamentar. Em 2016, o projeto desenvolveu o Curso de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, realizado dentro da universidade, o qual contou com a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

participação de estudantes de fisioterapia, enfermagem, medicina e serviço social, enfermeiras, fisioterapeutas e psicólogas do ICV e de enfermeiras e médicas residentes da rede de atenção básica de João Pessoa. Em 2017, os extensionistas desenvolveram e participaram de oficinas dentro da maternidade com os temas: Abordagem ao público LGBT; Método Canguru; Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e Cuidado integral à mulher em situação de violência e aborto legal. Esses eventos ressaltam a importância da integração ensino-serviço para o fortalecimento de práticas que respeitem às normativas das políticas públicas. Durante todo esse período, são desenvolvidas semanalmente atividades no pré-parto da maternidade, pautadas nas ações de doulagem, com oferta de suporte físico e emocional às mulheres, incluindo companhia, massagens, apoio emocional e banho, de forma complementar à equipe multiprofissional. Essas ações são voltadas principalmente para mulheres sem acompanhante, negras, adolescentes, as quais apresentam maiores vulnerabilidades. Assim, pretende-se atenuar intervenções violentas e suas consequências, valorizando a naturalidade do parto e a assistência baseada em evidências. Nos alojamentos conjuntos e enfermarias, a/os extensionistas oferecem apoio às mulheres cujos bebês nasceram prematuros, com baixo peso, ou que se encontram com dificuldades para amamentar. Em relação ao ativismo político, a/os integrantes do projeto participam de manifestações, audiências públicas e reuniões com órgãos públicos (Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública da União) e com legisladores, com o objetivo de discutir direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A atuação em coletivos e movimentos sociais é percebida como estratégia política na defesa da saúde pública e universal, principalmente em circunstâncias adversas como as vivenciadas atualmente. Resultados/impactos: Mesmo com as políticas de fomento à mudança no modelo de cuidado, as práticas observadas em João Pessoa e na Paraíba tem forte viés hospitalar, intervencionista, com grande imposição de uma lógica de parto que não respeita os desejos das mulheres e de sua família, provocando violência obstétrica e adoecimento. Portanto, ao atuar em uma instituição que insere os preceitos das políticas públicas, é possível vivenciar na prática conflitos entre dois modelos de assistência: tecnocrático e humanizado. As atividades implementadas pelo Partejar têm reverberado numa percepção diferente da equipe com relação aos estudantes da área de saúde, que até então eram vistos como espectadores, a superlotar salas de parto no período expulsivo. Essas vivências também têm oportunizado um contraponto à formação obstétrica, fundamentada em procedimentos, no raciocínio do processo patológico e em práticas com evidências científicas desatualizadas. Espera-se que as experiências de doulagem realizadas por estudantes sejam determinantes na produção de novas representações de parto e numa formação mais humanizada. A atuação da/os extensionistas nos espaços de acolhimento e de pré-parto e parto foi avaliada positivamente pela/os profissionais e gestora/es, por possibilitar movimentos de reflexões sobre as práticas profissionais e qualificação do cuidado ofertado. A participação dos membros do projeto em oficinas e outros espaços dialógicos sobre o processo de trabalho no ICV afetou sobremaneira o modo de agir e pensar não somente da/os estudantes, mas também da/os profissionais, gestora/es, usuárias e acompanhantes, propiciando novas formas de articular



e experimentar a produção do cuidado dentro da maternidade. A relação interdisciplinar entre as diferentes categorias profissionais foi também um importante elemento do projeto, tornando possível uma compreensão mais complexa do processo de trabalho, seus conflitos e tensões. Considerações finais: Extensões universitárias, como o Partejar, proporcionam uma mudança no olhar sobre o processo de gestar e parir, contribuindo para a implementação de um modelo de cuidado à gestante mais colaborativo, ao inserir a/o graduanda/o dentro do processo de trabalho com diferentes categorias profissionais. Cenários de formação que possibilitem vivência mais ativa e menos centrada no espelhamento de preceptora/es e que transfiram o foco do aprendizado de procedimentos para a produção de tecnologias, potencializando o encontro e o cuidado com o outro, podem ensejar maior habilidade relacional das/os estudantes. Com tais habilidades, esses sujeitos serão capazes de construir projetos de cuidado compartilhados com a/os usuária/os e equipes multiprofissionais. A humanização das práticas obstétricas deve iniciar-se na graduação. Para isso, é necessário que a formação possibilite experiências que privilegiem o protagonismo e autonomia da mulher, que respeitem a fisiologia do parto e desencorajem intervenções desnecessárias. Nessa perspectiva, estratégias como o Partejar, são fundamentais para a reorientação do ensino em obstetrícia. Entretanto, sonhamos com uma extensão que não seja um apêndice da graduação no sentido de sanar as fragilidades do ensino, e sim, que seja um contínuo deste, integrados no sentido de uma educação e assistência à saúde libertadoras.

Palavras-chave: Extensão Universitária; Assistência ao Parto; Educação em Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

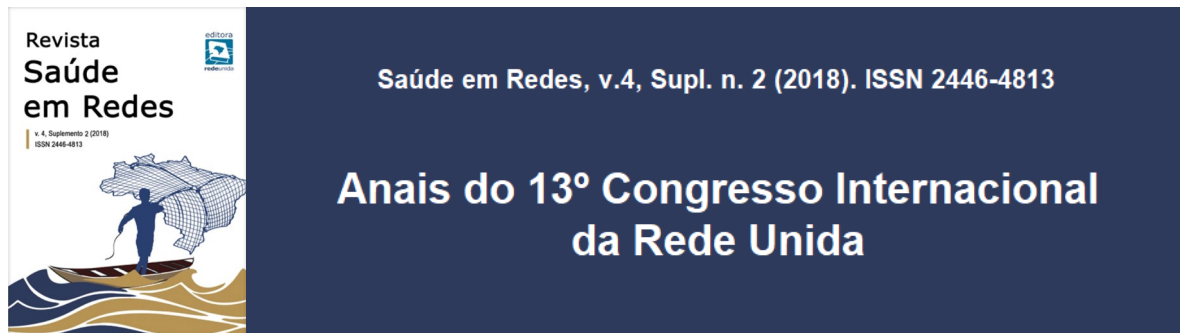
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTES RENAL CRÔNICO: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

Victor de Lima Dias, Nayanne Fernanda da Silva Silva, Cássia Fernanda Penha de Lima, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por uma perda progressiva, e na maioria das vezes, irreversível da função renal de depuração. Em razão desta deficiência da filtração glomerular, os produtos da degradação metabólica do sangue passam a se acumular. Alguns fatores contribuem para que o indivíduo venha a desenvolver a doença renal crônica, como: idade avançada, o fator socioeconômico baixo, sexo masculino e a raça negra. Há relação também com algumas doenças que contribuem para que haja lesões nos rins, diabetes mellitus, hipertensão arterial, infecções urinárias repetitivas e glomerulonefrite. Quando o indivíduo apresenta insuficiência renal leve ou moderada, ele vem apresentar apenas sintomas discretos, algumas doenças podem demorar anos para que seu dano se torne incomodo, pois, os pacientes permanecem sem sintomas até que percam praticamente 50% da função renal. Com o intuito de minimizar as limitações e transtornos atrelados a portador de doenças crônica, foi implementado pelo ministério da saúde a Política de Humanização da Gestão e dos Cuidados no SUS, visando permitir a livre expressão, a troca, o aprendizado, a multiplicidade de visões, a reciprocidade, a aceitação, o acolhimento, a horizontalidade das ações e das decisões, em consonância com a Constituição Federal que busca a ampliação de vários direitos sociais e a chance da criação de novas leis e dispositivos de proteção aos usuários do SUS. Entre estes estão a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, que se concretizam através de algumas leis, decretos, portarias e programas, como a lei 7.953 de 24 de outubro de 1988 que determina normas para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência, que inclui os portadores de IRC, a PORTARIA Nº 1168/GM de 15 de junho de 2004 que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a lei 8494/92 que juntamente com o decreto de 879, de 22/07/93 normatizam o transplante renal no Brasil.

Objetivo: Descrever as dificuldades da problemática dos pacientes renal crônico atendidos em um hospital público do Oeste do Pará. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por discentes e docente da Universidade do Estado do Pará – UEPA Campus XII, durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem em Clínica Médica, realizado em um Hospital público de baixa e média complexidade no município de Santarém- Pará. A clínica medica dispõem de 36 leitos destinado a diversas especialidades clinicas, o dimensionamento da equipe de enfermagem é composto por um enfermeiro e quatro técnico por plantão. Utilizou-se da técnica de observação sistemática, dirigida e participativa com análise crítica reflexiva. **Principais resultados:** A doença renal crônica é permeada de comorbidades que contribui para complicações diversas de ordem fisiológica acarretando limitações de aspectos psicossocioespirituais, que ao iniciar a terapêutica dialítica percebe as mudanças que terá que fazer no seu estilo de vida, para superar os



desafio de adaptar-se a essa nova condição de saúde, no entanto, torna-se imperativo mudanças de hábitos relacionados a dietas e/ou atividades físicas, ao uso de medicamentos contínuos e o enfrentamento da perda da independência evidenciado pela necessidade de estar ligado a máquina de tratamento dialítico em um intervalo de tempo curto (três vezes na semana) e a dependência de acompanhante, essa nova realidade gera conflitos e interfere na adaptação dessa nova condição que muitas vezes o impede de realizar atividades do cotidiano das quais não costumava abrir mão. Frente a essa situação, muitas vezes o paciente se sente incapaz, ou se vê diante de uma situação que se caracteriza por perda de autonomia e restrições de suas Necessidades Humanas Básicas tais como: nutrição, hidratação, eliminações, lazer, atividades sexuais entre outras, essas limitações imprime no mesmo um sentimento de medo e angústia. Para a enfermagem prestar um cuidado humanizado, lança mão de uma das ferramentas específicas como a sistematização da assistência de enfermagem, e do North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, permitindo uma visão holística em relação ao paciente, pois o cuidado pode também permitir o conforto do cliente que está emocionalmente fragilizado, amenizando suas angústias e medos, a partir da aproximação do cuidador durante a execução de uma técnica terapêutica. Para os pacientes em tratamento dialítico, a ideia do ser cuidado se estende a estabelecer um relacionamento interpessoal, partindo do pressuposto que o relacionamento interpessoal é uma ferramenta importante no cuidado humanizado. Deste modo fica claro a necessidade de os profissionais de enfermagem estarem sensíveis a problemática que envolve o cuidado humanizado, em especial os pacientes em tratamento dialítico ofertando-se não somente suporte técnico, mas também condições que favoreçam uma melhor qualidade de vida do cliente. À vista disso, é de extrema importância o papel do enfermeiro como educador no processo de mudanças fisiológicas e de estilo de vida. Um achado importante nessa pesquisa foi a taxa de ocupação de 56,2% da unidade de clínica médica para pacientes em tratamento dialítico, que em sua grande maioria só estão internados, por falta de vagas no sistema de atendimento ambulatorial a terapia renal substitutiva. Conclusão: Ao final dessa experiência pode-se perceber que os pacientes portadores de doença renal crônica necessitam de condutas eficazes que permita o controle do desequilíbrio nas diferentes dimensões fisiopatológica e psicossocioespirituais, requerendo da equipe de enfermagem que o cuidado prestado ao paciente hospitalizado seja eficiente e individualizado, de modo a garantir a integralidade e a qualidade da assistência garantindo que a política de humanização permeie o cuidado dos pacientes renal crônico contribuindo com sua melhora e manutenção de vida, visto que a rotina desse paciente passa por muitas mudanças, o profissional da saúde, em especial o enfermeiro pela sua relação direta com o paciente deverá trabalhar juntamente com a equipe multiprofissional e assim orientar de forma efetiva o cliente. Por outro lado, é essencial observar a necessidade de obtenção de novas vagas ambulatoriais que favoreçam a qualidade de vida dos pacientes dialíticos em virtude do número de casos e tempo de tratamento, e desta forma, com uma atenção dirigida os pacientes renais crônicas haveria a possibilidade maior rotatividade na taxa de ocupação da clínica médica.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Humanização; Renal Crônico; Enfermagem.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

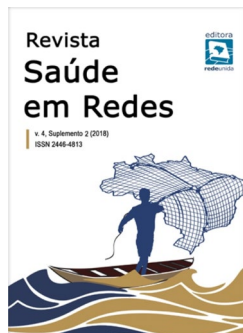
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL DAS PRESCRIÇÕES DE ANTIMICROBIANOS ATENDIDAS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2017 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BOA VISTA - SERRA

Ramon Ott Vargas, Ana Carolina Zortea Pacheco, Lauanny Guimarães Bastos, Francisco Senna de Oliveira Neto, Cláudia Maria Carone Ramos

APRESENTAÇÃO: As doenças infecciosas representam grande parte das demandas por serviços médicos nas unidades básicas de saúde, tendo papel de destaque na infância. Diante disso, é de se esperar que os antimicrobianos sejam uma classe de medicamentos muito prescrita na atenção básica, ocupando as primeiras posições entre as classes farmacológicas mais empregadas neste tipo de serviço. Os resultados encontrados poderão ser utilizados pelos profissionais desta unidade para fins de enfatizar as necessidades e as demandas do serviço, buscando sempre o aperfeiçoamento deste, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tendo em mente que o Sistema Único de Saúde - SUS está em constante construção. A prescrição do antimicrobiano é desafiadora e complexa, uma vez que a escolha do medicamento deve ser fundamentada na individualidade do paciente, nas noções de infecção, no entendimento dos grupos bacterianos, da microbiota habitual humana, além das características dos antibióticos. Desta forma, uma prescrição ideal deverá elencar sempre o antimicrobiano que: tiver ação bactericida, espectro de ação mais específico possível, menor concentração inibitória mínima, maior biodisponibilidade em determinado sítio de infecção, melhor comodidade posológica, ser compatível com o estado clínico do paciente, ser menos tóxico e de menor custo possível. É bem sabido que a resistência bacteriana tem estreita ligação com o uso irracional dos antimicrobianos. Neste sentido, alguns estudos mostram que é essencial monitorar os padrões de uso desta classe farmacológica, a fim de se conhecer o perfil prescritor da unidade em particular e, a partir de então, avaliar a necessidade da implantação de medidas que visem o uso racional dos antimicrobianos, notar o impacto das medidas implementadas e também avaliar as variações nas taxas de resistência bacteriana após a adoção destas. Este trabalho visa, portanto, elucidar o perfil das prescrições de antimicrobianos atendidas no primeiro semestre de 2017 na Unidade Básica de Saúde de Boa Vista situada no bairro de mesmo nome, no município de Serra, Espírito Santo.

DESENVOLVIMENTO: O estudo enquadra-se no tipo descritivo transversal. Esta pesquisa foi desenvolvida através do levantamento dos antimicrobianos contidos no arquivo da farmácia da UBS de Boa Vista observando-se as segundas vias de receitas dispensadas entre janeiro a julho de 2017 e preenchendo cada item da lista de variáveis de interesse em uma planilha construída no programa Microsoft Office Excel 2007. As variáveis de interesse avaliadas foram: Nome Genérico, Classe Farmacêutica, Dose, Posologia, Via de Administração. A presente pesquisa foi planejada de acordo com a Resolução CNS 466/2012 e os pesquisadores se comprometem a segui-la cumprindo o que consta neste projeto. A pesquisa foi realizada utilizando como fonte de dados as segundas vias dos receituários de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

antimicrobianos arquivados pela farmácia da UBS de Boa Vista com o foco na prescrição médica. Não foram analisados dados populacionais e/ou pessoais.

RESULTADOS: Após busca manual dos receituários arquivados identificou-se um total de 2031 prescrições de antimicrobianos no período de 01 de janeiro a 30 de junho do ano de 2017. Destes, foram identificadas trinta e oito drogas distintas dispostas em nove classes farmacológicas. São elas: Macrolídeos, Cefalosporinas, Quinolonas, Aminoglicosídeos, Tetraciclina, Imidazóis, Sulfonamidas, Penicilinas e Mupirocina. O antibiótico com maior dispensação pela farmácia da UBS de Boa Vista foi Amoxicilina (isolada ou em associação com Ácido Clavulânico), representando 45% de todas as prescrições atendidas pela UBS. No segundo lugar encontra-se a droga Azitromicina representando 17,33%. Quanto à via de administração, 1764, ou seja, 86,8% das prescrições foram de administração oral, das quais, 372 prescrições eram na forma de suspensão e 1392 de comprimido ou cápsula. A segunda via de administração mais prescrita foi a tópica, com 199 prescrições. As vias intramuscular, oftálmica e otológica, apresentaram, respectivamente, 44, 10 e 13 prescrições, representando juntas apenas 3% do total. Em um estudo realizado no município de Ijuí no estado do Rio Grande do Sul, em que se avaliou o perfil da prescrição e dispensação de antibióticos para crianças em uma Unidade Básica de Saúde com uma amostra de 100 prescrições, Oliveira et al identificou que 45% das prescrições foram de Azitromicina 40% de Amoxicilina, o que se assemelha aos resultados encontrados da UBS de Boa Vista de forma qualitativa, considerando que as duas drogas mais prescritas foram as mesmas em ambos os casos, porém difere de forma quantitativa ao avaliarmos as percentagens das prescrições separadamente. Outro estudo realizado em Carmo do Cajuru, no estado de Minas Gerais, por Costa et al, avaliou as prescrições de antimicrobianos atendidas na farmácia pública da prefeitura e identificou que as drogas mais prescritas foram Amoxicilina (16,4%), Azitromicina (16%), Amoxicilina + Clavulanato de potássio (14,5%) e Cefalexina (8,4%), resultados semelhantes aos dispostos nesta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo concluiu que o antimicrobiano com maior número de prescrições atendidas no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2017 na farmácia da UBS de Boa Vista situada no município da Serra, Espírito Santo, foi Amoxicilina, da classe das Penicilinas (Betalactâmicos), essa isolada ou em associação ao Ácido Clavulânico (inibidor da enzima betalactamase), seguida de Azitromicina, da classe dos Macrolídeos. Esses dados foram semelhantes aos descritos em trabalhos realizados na rede pública de saúde em outros municípios do Brasil. Tais drogas são utilizadas nas infecções do trato respiratório superior e inferior, bem como para tratamento coadjuvante para doenças sexualmente transmissíveis como, por exemplo, a Gonorréia, entre outras indicações descritas na literatura médica, podendo sugerir, portanto, os tipos de infecções mais frequentes na área de abrangência da UBS estudada, necessitando de novos estudos mais específicos.

Palavras-chave: Antimicrobianos; Atenção Básica; Prescrições Médicas.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DEFINIÇÃO DO FLUXO DA REDE DE TRATAMENTO À TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA/MG

Diego Lucas Teixeira Vieira, Gerson Moreira Barbosa

Este trabalho apresenta o procedimento para definição do fluxo centralizado e unidirecional adotado pelo município de Ponte Nova para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente com tuberculose, a partir de uma comissão multidisciplinar foi criado um fluxo centralizado na farmácia e UBS que resultou em uma melhoria considerável da adesão ao tratamento, índice de cura e diminuição dos efeitos adversos e taxa de abandono.

A tuberculose é uma doença curável, no entanto ainda se convive com altas taxas de abandono, cujas causas são a longa duração do tratamento, as dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, a sua baixa resolutividade e a fragilidade da relação entre os profissionais de saúde os pacientes e seus familiares. Diante deste quadro, o município de Ponte Nova através de seus gestores da Secretaria de Municipal de Saúde teve a iniciativa de organizar o serviço de atendimento em busca de intensificar as ações no Programa de Tuberculose com o objetivo de reduzir o número de casos, de prevalência desta doença e ampliar a cura de casos de tuberculose bacilífera diagnosticada a cada ano.

Ponte Nova é um município do estado de Minas Gerais com uma população de cerca de 60 mil habitantes, possui um total de 15 UBSs (Unidade Básica de Saúde da Família) onde cada UBS acolhia e acompanhava os seus próprios pacientes portadores de tuberculose, porém esse acompanhamento não era feito de forma uniforme e padronizada entre uma unidade e outra, muitas vezes não era seguido toda a exigência dos protocolos dos pedidos de exames, acompanhamento dos contatos, arquivamento da documentação, controle da medicação inclusive acontecendo de perder o contato com o paciente.

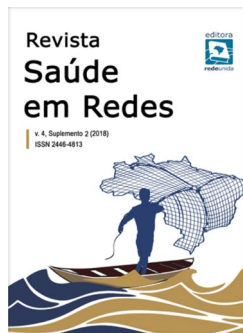
Foi formada uma equipe multidisciplinar formada, pela coordenadora da atenção primária, o farmacêutico municipal, o médico coordenador da atenção básica, a coordenação da vigilância epidemiológica e o coordenador do laboratório central e a partir daí foram definidas as seguintes estratégias:

Foi criado um fluxo de rede unidirecional, onde o paciente não precise ir e voltar entre uma unidade e outra e a documentação, receitas, pedidos e resultados de exames sejam arquivadas e estejam à disposição dos profissionais de saúde.

Centralizou a coordenação do acompanhamento assim como toda a documentação do paciente em um único estabelecimento que no caso do município de Ponte Nova foi escolhida a unidade integrada da Rede Farmácia de Todos.

Todos os pacientes foram cadastrados no SIGAF para que com essa ferramenta seja possível acompanhar um histórico das dispensações de medicação para o paciente além de lembrar quando acaba a medicação e qual o dia de retorno do paciente à unidade.

A Farmácia de Todos passou a arquivar uma ficha de acompanhamento de todos os pacientes em tratamento, que já trataram e tiveram alta e que já trataram e abandonaram o



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

tratamento no município constando os dias que pegou a medicação, dados do paciente, sintomas adversos apresentados, entre outras informações.

Foi criado um meio de comunicação rápido e eficaz entre os entes de coordenação envolvidos e as UBSs para quaisquer cobranças, informações ou dúvidas (grupo em um aplicativo de mensagens instantâneas).

Foi dada uma maior importância à vigilância epidemiológica para aumentar a detecção de casos novos, realizar busca ativa e avaliar os contatos de pacientes bacilíferos, detectar e encaminhar para avaliação todos os sintomáticos respiratórios, aumentar o percentual de cura e diminuir o abandono ao tratamento.

Foi criado um fluxo de envio de amostras de escarro com qualidade para realização dos exames de teste rápido molecular, cultura e sensibilidade que tem que ser feitos em outro município.

Organizou o tratamento supervisionado na Atenção Básica, envolvendo toda equipe, principalmente a equipe do NASF e os ACS.

Desenvolveu ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social na esfera municipal, focando a promoção, prevenção assistência e reabilitação da saúde, capacitando os profissionais que atuam no controle e prevenção da tuberculose em todas as esferas de gestão.

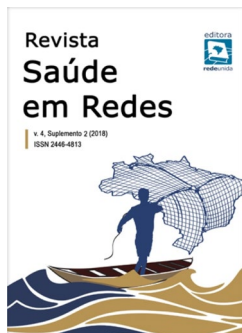
Ampliou as atividades de detecção do HIV associada à tuberculose, inclusive capacitando os demais profissionais da rede para a realização do teste rápido de HIV.

Aperfeiçoou o Sistema de Informação SINAN, mantendo um canal de comunicação contínuo entre a vigilância epidemiológica municipal e a Unidade Farmácia de Todos onde toda a documentação e informação sobre o paciente se encontra arquivada para alimentar a base de dados com tempestividade e qualidade, impactando de forma positiva, no cumprimento de metas e indicadores da Vigilância em Saúde e Atenção Básica à Saúde.

Foram criadas estratégias para recuperação dos pacientes em abandono de tratamento tais como aplicação do TDO, sensibilização da família, contato com o empregador quando o paciente estiver trabalhando, conversas, incentivos assistenciais (cestas básicas) para os pacientes que fizerem o tratamento corretamente, grupos e em último caso ação de via judicial para internação compulsória.

O município de Ponte Nova implantou esse fluxo centralizado na farmácia no início de 2016 e desde então já foram atendidos 45 pacientes, desses 26 completaram o tratamento e tiveram alta por cura, 17 se encontram em tratamento regular na presente data de publicação desse artigo, houveram 2 abandonos que ainda estão em processo de tentativa recuperação pela equipe de saúde, configurando uma taxa de abandono de 4,44%, sendo que segundo o Ministério da Saúde é aceitável uma proporção de até 5% de abandono de tratamento, além disso, houveram 2 óbitos por outras causas e 1 caso de tuberculose multirresistente.

Essa taxa se torna ainda mais representativa quando se compara com as taxas de abandono do tratamento de tuberculose do país 10,9% e do estado de Minas Gerais 9,0% (FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação 2014 - SINAN), além disso é uma melhora considerável quando se compara com a taxa de cura e abandono do município de Ponte Nova



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

antes da implantação do fluxo centralizado onde foram atendidos 31 pacientes, desses 25 tiveram alta por cura, 3 abandonaram o tratamento e não foram recuperados (taxa de abandono de 9,67%), houve 1 óbito e 2 casos de tuberculose multirresistente, além de que ainda havia uma certa imprecisão devido a perda, falta de comunicação, notificação correta e má gestão dos dados.

Com a implantação desse fluxo também houve melhoria no deslocamento do paciente, pois ele não precisa mais se deslocar para várias unidades, o paciente é totalmente acompanhado pela sua UBS e pela farmácia, melhorando a adesão, o controle dos efeitos adversos e mesmo quando necessário algum encaminhamento para realização de exames ou para tratamento de condições excepcionais na atenção secundária isso se dá de forma rápida e efetiva.

Os problemas também vêm sendo mais facilmente solucionados, pois agora há referências a quem recorrer e os profissionais estão treinados e capacitados para resolver as principais adversidades, existe um médico coordenador dando suporte aos médicos das UBSs quanto ao diagnóstico, dúvidas nos exames de imagens e em casos mais complicados pode ser feito o encaminhamento para a infectologista do município, além disso nos casos de pacientes rebeldes e com dificuldade de adesão ao tratamento está sendo feito uma parceria com a Secretária de Assistência Social para acompanhamento, orientação e auxílios financeiros ou de cestas básicas condicionadas a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose; Fluxo; Atenção Primária; Farmácia de Todos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A RECÉM-NASCIDO COM GASTROQUISE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Herman Ascenção Silva Nunes, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Renan Fróis Santana, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício, Mariane Santos Ferreira

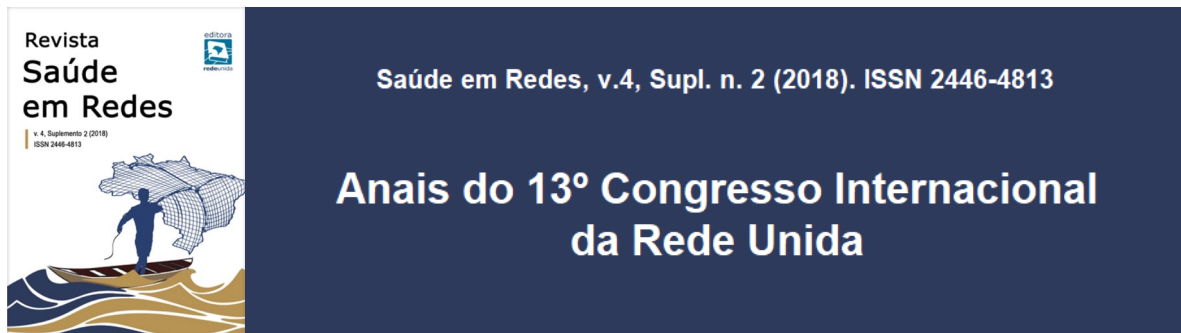
Apresentação: A gastrosquise é uma patologia de caráter congênito, que consiste clinicamente na evisceração das estruturas internas do abdome (estômago, intestino delgado, intestino grosso e bexiga), geralmente na região paraumbilical. Caracteriza-se como uma malformação grave e com o risco de sérias complicações, a exemplo da enterocolite necrosante. O diagnóstico é realizado por meio da ultrassonografia fetal ou em alguns casos, onde não há acompanhamento pelo serviço de pré-natal, durante o parto. Com relação à via de parto nos casos de gestantes com fetos com gastrosquise, há uma controversa, no que se refere ao risco e benefício dos partos vaginais ou cesarianos, entretanto o parto vaginal não afeta o tratamento pós-natal. No que se refere ao tratamento da doença, este consiste em reparações cirúrgicas, cuidados rigorosos com a alimentação do recém-nascido (RN) e cuidados intensivos. O grau de mortalidade e morbidade desta anomalia em associação com seu aumento de incidência a tornam um problema de saúde pública preocupante. Mediante este contexto, o estudo visou retratar a evolução do quadro de um neonato com gastrosquise gigante grave sob os embasamentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de caso, realizada na UTI Neonatal de um hospital que oferece atendimentos de média e alta complexidade, no município de Santarém, estado do Pará. O estudo foi efetuado durante as atividades práticas em UTI neonatal dos acadêmicos de enfermagem do 7º semestre da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus XII, Santarém – Pará, no período de junho de 2017, sendo desenvolvido através das informações colhidas do prontuário e pela observação direta do neonato, com o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de acordo com a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Resultados: Neonato do sexo feminino, nascida de parto via vaginal em hospital da rede pública do município de Santarém-Pará, apgar 5/6, estatura de 48 cm, perímetro torácico de 34 cm, pesou 2740 gramas, diagnosticada com gastrosquise gigante. Genitora de 19 anos de idade sem acompanhamento de pré-natal durante o período gestacional apresentou quadro de pré-eclâmpsia e não tinha conhecimento da má formação do RN. Os fatores de risco para o desenvolvimento da gastrosquise ainda não estão totalmente esclarecidos, no entanto, fatores potenciais aceitos é o tabagismo, o uso de drogas ilícitas, medicamentos vasoativos como pseudoefedrina e baixa idade materna (inferior a 20 anos), sendo este último, constatado na genitora. Após o parto, o neonato foi transportado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o hospital de média e alta complexidade do município respectivo em incubadora de transporte, respirando ar ambiente, acompanhado pelo profissional médico e enfermeiro, sem apresentar intercorrências. No hospital de referência recebeu tratamento operatório, transfusão



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sanguínea e cuidados multiprofissionais na UTI neonatal. Durante sua internação foi realizada a SAE, obtendo-se os seguintes diagnósticos de enfermagem: 1) Risco para pele prejudicada relacionada à mobilidade reduzida no leito, uso de oxímetro de pulso e submissão a procedimentos invasivos; 2) Padrão de sono prejudicado relacionado aos ruídos dos equipamentos do setor, evidenciado por agitação do RN; 3) Risco de quedas relacionado a manipulação e movimentação do RN; 4) Risco para aspiração relacionado ao nível de consciência reduzida, 5) Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos. As intervenções propostas e realizadas consistiram em: 1) Verificar áreas com aspecto eritematoso; 2) Evitar ou diminuir o uso de fitas adesivas, utilizando óleo mineral ou água para facilitar sua remoção; 3) Evitar banhos rotineiros e frequentes; 4) Trocar com maior frequência o local do sensor de monitorização transcutânea de oxigênio; 5) realizar curativo conforme a técnica, retirando secreções da borda da gastrosquise na região abdominal; 6) Avaliar e registrar o padrão de sono, promovendo um ambiente calmo e confortável, através da diminuição da luminosidade e ruídos dos aparelhos, bem como evitar situações estressantes antes do horário usual de sono do neonato; 7) Manter elevadas as grades de proteção do berço e em altura adequada para prevenção de quedas; 8) educar a genitora e/ou acompanhante sobre os cuidados para manipulação do RN; 9) monitorar o nível de consciência, observando reflexo de tosse, movimentos de deglutição e providenciar aspirador, caso haja necessidade de sua utilização; 10) Realizar a lavagem correta das mãos antes e após entrar em contato com o RN ou realizar procedimentos, conforme princípios; 11) Realizar curativo de forma asséptica, utilizando de preferência materiais estéreis e descartáveis, retirando o máximo de secreção possível e atentar para os sinais de infecção como hipertermia, letargia, taquipneia, cianose e petéquias; 12) Substituir o material utilizado na oxigenoterapia a cada 48 horas; 13) Realizar limpeza diária de incubadora. Portanto, as ações de enfermagem além de serem voltadas para o bem-estar do RN em si, devem abranger os genitores do neonato, ofertando apoio e informações sobre o modo correto dos cuidados a serem executados com o RN, prática fundamental no âmbito da neonatologia, em especial, na UTI. Considerações finais: A assistência prestada seguiu os princípios da sistematização de enfermagem. Contudo, o quadro assistido agravou-se progressivamente, evoluindo para óbito, tal infortúnio destaca a letalidade das anomalias congênitas, em especial, quando não ocorre a busca pelo atendimento pré-natal ou há falhas nesse atendimento, sendo este essencial para o diagnóstico precoce de qualquer alteração que esteja presente no binômio mãe-feto, fazendo uso da clínica e de exames complementares, possibilitando um cuidado referenciado a essa gestante, bem como o preparo antecipado de uma equipe especializada para o atendimento do RN portador de alguma malformação congênita, a exemplo da gastrosquise, sendo esta uma patologia que requer cirurgias corretivas e uma série de precauções para que não haja um agravamento do quadro, impossibilitando a recuperação do neonato. Dessa forma, destaca-se que os profissionais envolvidos com a assistência pré-natal, em especial, os atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégias de Saúde da Família (ESF) estejam conscientes e sensíveis quanto à importância de investigação de anomalias congênitas durante sua assistência,



atentando para a presença de fatores de risco nessa gestante que poderiam favorecer a ocorrência de alguma malformação, salientando uma busca mais acurada.

Palavras-chave: cuidados críticos; gastrosquise; unidade de terapia intensiva



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS CADASTRADOS NA ESF TORÍBIO VERÍSSIMO DO MUNICÍPIO DE CRUZ ALTA ATENDIDOS COM O MÉTODO CENTRADO NA PESSOA

Mylena Stefany Silva dos Anjos, Tamara Cristiane Batista, Naiara Riani da Silva Marques, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Introdução

O método centrado na pessoa como um todo é bastante amplo e com efeitos que diferem resultados na saúde pública. As vantagens em relação ao modelo tradicional são muitas, compreendendo a maior satisfação e adesão do paciente para com o tratamento, melhorando assim a resposta terapêutica.

O objetivo do estudo é descrever e analisar a integralidade do cuidado e a promoção da saúde dos portadores de doenças crônicas, cadastrados na ESF Toríbio Veríssimo do município de Cruz Alta/RS, no ano de 2016.

Através dos resultados encontrados foi realizado a busca da qualificação ao cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas, suas complicações, tratamento e recuperação. Foi elaborado e realizado um plano de educação em saúde. Este plano constou de atividades terapêuticas, que levaram melhor qualidade de vida aos pacientes.

Metodologia

O estudo possui características de um estudo descritivo e analítico de rastreamento epidemiológico observacional que segue o modelo de atenção centrado na pessoa (STEWART, 2010). A observação participante proposta por Demo (2004) permeou todas as atividades, para que pudesse captar uma variedade de situações ou fenômenos que auxiliaram na compreensão dos sujeitos do estudo. A população foi composta por pessoas portadoras de doenças crônicas, cadastradas na ESF Toríbio Veríssimo, no município de Cruz Alta/RS. Os dados foram coletados em visita domiciliar explorando os quatro componentes do método clínico centrado na pessoa como um todo (explorando a doença e a experiência da doença, entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e, incorporando prevenção e promoção de saúde).

Resultados e Discussão

A população da pesquisa foi de 32 indivíduos com doenças crônicas. As informações aqui apresentadas foram dadas em 81% (n=26) dos casos pelos pacientes, em 19% (n=6) pelo cuidador e/ou familiar. O gênero que predominou na pesquisa, foi o feminino com 75% (n=24) e 25% (n=8) masculinos.

Quando questionados sobre a saúde relacionada a prática de atividade de física, 16% (n=5) afirmaram ser ativo, sendo que apenas 13% (n=4) dos entrevistados afirmam a prática diária de atividade física, 6% (n=2) apenas duas vezes na semana, e 3% (n=1) uma vez na semana.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

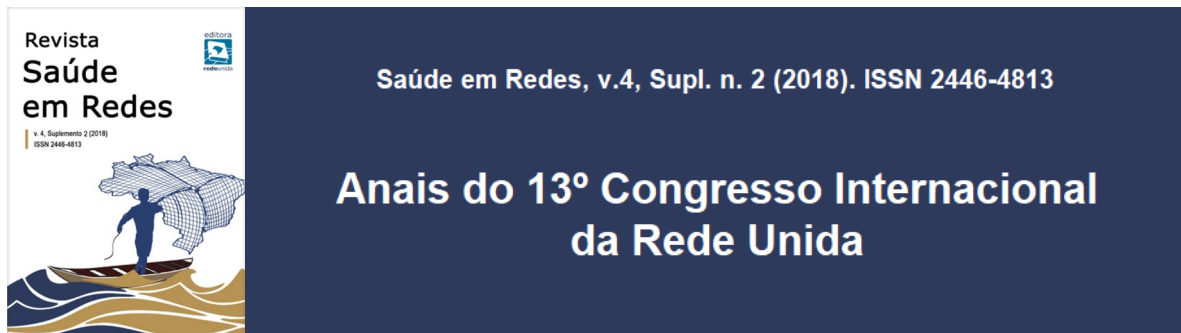
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

No entanto 84% (n=27) disseram que não têm o hábito de praticar atividade física em nenhum momento.

Algo importante relacionado ao Método Clínico Centrado na Pessoa é de que existem diferenças entre o que chamamos de doença e a vivência da pessoa portadora da patologia. No presente estudo 19% (n=6) desenvolveram ao longo de sua vida, a artrose. Outra patologia apresentada, foi o AVE, onde 13% (n=4) dos entrevistados relataram já ter sofrido algum tipo da doença. Outros 16% (n=5) dos entrevistados integram o alto número de pacientes com diabetes no Brasil. A Hipertensão Arterial é uma das patologias que mais acomete os brasileiros, dos 32 sujeitos, 25% (n=8) vivem com tal patologia. Outro grave problema de Saúde Pública, é a osteoporose. 6% (n=2), dos pacientes deste estudo apresentaram tal patologia. Os demais 28% (n=10) apresentaram diferentes patologias, como, por exemplo: TCE, Enfisema Pulmonar, Depressão, Parkinson, Câncer, Alzheimer, dentre outras patologias crônicas, alguns pacientes demonstraram mais de uma patologia.

Quando questionados sobre como sentem-se em relação à doença 9% (n=3) disseram sentir-se incomodados (as), 31% (n=10) relatou que sentem-se tristes. 34% (n=11) contaram que o sentimento que possuem em relação à doença é um desconforto, ocasionado pelo fato de sentir dor. 9% (n=3) referiram que o sentimento trazido pela doença é de incapacidade, já que tiveram que deixar de realizar algumas atividades. Tendo a doença como um conjunto de sinais e sintomas, 3% (n=1) disse que a patologia se apresenta como uma experiência negativa. Em busca de melhora e seguindo o tratamento, 6% (n=2) mencionaram o sentimento de esperança, 3% (n=1) não quis falar sobre, e 9% (n=3) não souberam responder. Ao saber da patologia o paciente sofre com o impacto da doença, por ter que aprender a conviver com a mesma. Perante isso, 6% (n=2) ao descobrir a patologia entraram em depressão, 47% (n=15) sofreram este impacto, por sentir dificuldades em realizar suas AVDs, e 19% (n=6) descreveram que passaram a apresentar limitações, associados à patologia. Tendo em vista a doença crônica e sabendo do longo processo de tratamento, 9% (n=3) sentiram medo ao receber o diagnóstico, 3% (n=1) tiveram como impacto da patologia, vergonha. Portadores de doenças que impedem o movimento, que antes possuíam, 3% (n=1) contaram que passaram a conviver com o estresse, pois sentem dificuldades de locomoção. 6% (n=2) demonstram incômodo por perder sua independência, e 6% (n=2) não souberam responder. Com o propósito de melhorar os sintomas, os pacientes relataram em 56% (n=18) dos casos que buscam o tratamento fisioterapêutico para amenizar os sintomas da patologia, 13% (n=4) praticam caminhadas. O paciente com câncer, 3% (n=1), aferiu realizar quimioterapia para melhorar o prognóstico da doença. Procedente de doença crônica renal, 3% (n=1) realiza hemodiálise. No entanto, 25% (n=8) por fatores desconhecidos, não realizam nenhuma atividade.

A ampliação do acesso aos medicamentos é algo positivo, uma vez que 91% (n=29) dos pacientes participantes do estudo fazem uso de tratamento medicamentoso. Apenas 9% (n=3) não o fazem.



Para que um tratamento seja bem-sucedido, é importante o consentimento do paciente em querer melhorar. Prova disso é que, 88% (n=28) dos pacientes participantes deste estudo fazem o tratamento em busca de melhora, e apenas, 13% (n=4) deles o fazem por obrigação.

Considerações finais

De acordo com os resultados, pôde-se ter noção das patologias que a população pesquisada apresenta. Assim, dentre as doenças crônicas existentes atualmente, as que mais se fizeram presente nesta pesquisa, foram: Artrose (em alguma grande articulação do corpo), AVE (onde os pacientes apresentaram sequelas decorrentes da doença), Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Osteoporose. Além disso, através da história clínica, sentimentos e expectativas do paciente, percebe-se que os mesmos, em sua maioria, sentem-se tristes e desconfortáveis por conta da patologia, que trouxe grandes impactos para a suas vidas. Já que, dificulta as AVD's dos mesmos.

Ficou explícito o quanto a fisioterapia se mostra importante na vida dos pacientes com doença crônica, já que a incidência de pessoas que realizam somente tratamento fisioterapêutico é muito maior. No entanto, a atividade física não se faz presente no cotidiano dos entrevistados, o que é preocupante, já que manter essa prática é de extrema importância para manter o bom funcionamento articular dos pacientes.

Através do plano de educação em saúde embasado no método centrado na pessoa como um todo, conhecendo sua patologia e suas limitações, espera-se ter levado benefícios aos indivíduos participantes da pesquisa, entre eles: a melhora da proteção e cuidados visando prevenir o seu adoecimento, promovendo um maior bem-estar e qualidade de vida aos indivíduos. Assim, espera-se que as atividades realizadas tenham alcançado as expectativas dos pacientes. No entanto, é importante o querer do paciente em buscar sua melhora, realizando as atividades propostas pelos acadêmicos, para que assim a doença venha a ser prevenida e controlada, além de adotar possíveis mudanças no estilo de vida trará resultados positivos, já que, em muitos casos a doença é decorrente de hábitos não saudáveis.

Palavras-chave: Método centrado na pessoa. Doenças crônicas. Atenção integral à saúde.



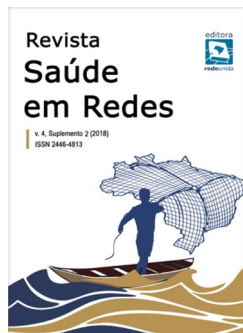
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NEONATO PREMATURO

Isabela Maria da Costa Buchalle, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Renan Fróis Santana, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício, Mariane Santos Ferreira

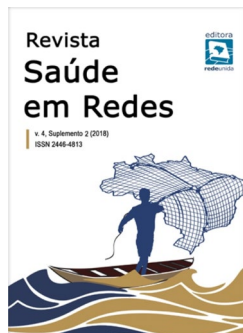
Apresentação: Os neonatos convivem com diversas transformações no momento que nascem, dentre esses os recém-nascidos (RN) de alto risco são os que necessitam de cuidados complexos ao qual a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é responsável por oferecê-los, tendo por finalidade a estabilização destes para que seu crescimento e desenvolvimento se façam adequadamente, demandando o uso técnicas de oxigenoterapia, alimentação, aquecimento, higienização, administração de medicamentos, exame físico e o uso de relações afetivas. A partir disso, o estudo objetiva avaliar o caso de um neonato internado em uma unidade de terapia intensiva, no município de Santarém-PA, embasado na sistematização da assistência de enfermagem (SAE). **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. A coleta foi realizada em uma instituição hospitalar de média e alta complexidade no município de Santarém-PA, no setor de UTI neonatal, durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem em UTI neonatal e pediátrica com os acadêmicos de bacharelado de enfermagem do 7º período, correspondendo ao período de junho de 2017. A análise ocorreu a partir da observação direta ao cliente e implementação da sistematização da assistência de enfermagem, seguindo a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), após prévia autorização de acesso ao prontuário. Foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa, de acordo com a resolução 466/12. **Resultados e/ou impactos:** V. M. M., 2 meses de idade, procedente de um hospital público do município de Santarém - Pará, apresentava as queixas principais de prematuridade, sepse, crise convulsiva, hemorragia pulmonar e hemorragia digestiva alta. Conforme a História do parto: nasceu no dia 27 de março de 2017, de parto via vaginal, pré-termo, muito baixo peso, Apgar 04 e 09, sexo feminino, líquido amniótico com fisiometria, estatura: 36 cm, peso: 980g, perímetro cefálico: 27 cm, perímetro torácico: 23cm, tipo sanguíneo A positivo, mãe de 20 anos, solteira, tipo sanguíneo O positivo, sorologias para sífilis e HIV negativas, fez somente uma consulta no pré-natal e vacinação atualizada. Possuía Data da Última Menstruação (DUM): 12-11-16, Data Provável do Parto (DPP) a partir da DUM: 20-08-17 e DPP por meio da Ultrassonografia Obstétrica: 19-06-17. A realização ineficiente do programa de pré-natal é um predisponente que pode estar associado à causa do agravo, pois o Ministério da Saúde (MS) preconiza no mínimo 6 consultas para gestantes sem fatores de risco, acompanhada principalmente pelos profissionais médico e enfermeiro. Houve também, o relato da mãe sobre infecção do trato urinária não tratada no período do parto, bolsa rota, líquido amniótico de coloração amarelada e odor fétido. Pode-se apontar a infecção urinária como a patologia mais comum durante a gestação, classificando-a como de risco, no qual quadro clínico varia de bacteriúria assintomática à pielonefrite que quando não tratadas podem desenvolver complicações como a hemólise, a anemia, o choque séptico, a



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ruptura prévia das membranas e o trabalho de parto prematuro. Segundo o Histórico da doença atual, o neonato ficou em ar ambiente, evoluiu com disfunção respiratória, sendo colocado em dispositivo de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), depois capacete Oxi Hood e intubação orotraqueal (IOT), no qual foi relatada hemorragia digestiva e pulmonar, bem como crise convulsiva e uso de cateter umbilical desde o nascimento. Utilizou dos fármacos Gentamicina, oxaciiclina, ceftazidima, cefepime, meropenem e vancomicina. O diagnóstico não foi concluído, porém se tinham por hipóteses diagnósticas: prematuridade, muito baixo peso (MPB), anóxia neonatal, risco infeccioso, sepse precoce, insuficiência respiratória, hemorragia pulmonar e hemorragia digestiva alta (HDA). A prematuridade está entre as principais causas de mortalidade infantil com maior incidência em mães jovens, que tiveram infecções maternas e se encontram na primeira gestação. Sabe-se que a imaturidade desencadeia aglomeradas disfunções em órgãos ou sistemas, que demanda a oferta de cuidados de elevado nível de complexidade. A equipe propôs as metas terapêuticas referentes à vigilância infecciosa, controle de função renal, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e acido-básico, suporte ventilatório e nutricional. De acordo com o NANDA, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) aplicados ao caso são: 1. Risco para pele prejudicada relacionada à incapacidade da mobilidade no leito, oximetria de pulso e procedimentos invasivos, aplicando-se a observação das áreas avermelhadas e irritadas, ainda, reduzir o tamanho das fraldas convencionais, evitar ou diminuir o uso de fitas adesivas, removendo-as com óleo mineral ou água, observar a numeração ideal das prongas para CPAP nasal, umidificar o ambiente da incubadora, evitar banhos rotineiros e frequentes, trocar o local do sensor de monitorização transcutânea de oxigênio com frequência, fazer higiene oral com gaze umedecida em água destilada. 2. Padrão de sono prejudicado relacionado ao barulho evidenciado pelo nível de ruídos, no qual foi registrado e monitorado o padrão do sono e quantidade de horas dormidas; proporcionado um ambiente calmo e seguro, incluindo diminuição da luminosidade e ruídos; auxiliando nas situações estressantes antes do horário de dormir e a observar as circunstâncias físicas como via aérea obstruída, dor/desconforto. 3. Risco para queda relacionado à manipulação e movimentação do RN no leito, o qual as intervenções constaram em educar acompanhante para cuidados pós-alta da UTI neonatal sobre o risco de queda; manter elevadas as grades de proteção do berço e manter o berço em altura adequada para prevenção de quedas. 4. O Risco para broncoaspiração relacionado à idade, como cuidado promoveu-se o plano de monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir; manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado é manter aspirador disponível. 5. O Risco para infecção relacionado exposição à microorganismos em relação ao grande número de porta de entrada, os cuidados constaram em observar sinais de infecção, hipotonia e hipertemia, letargia, taquipnéia, apnéia, cianose, petéquias, distensão abdominal, resíduo alimentar, diminuição do ganho ponderal; utilizar antisepsia com álcool à 70% ao realizar procedimentos invasivos; empregar técnica asséptica e materiais estéreis e descartáveis; substituir material utilizado para oxigenoterapia a cada 48 horas; realizar limpeza diária de incubadora e berços e adotar medidas de controle de infecção universal. 6. O Risco para

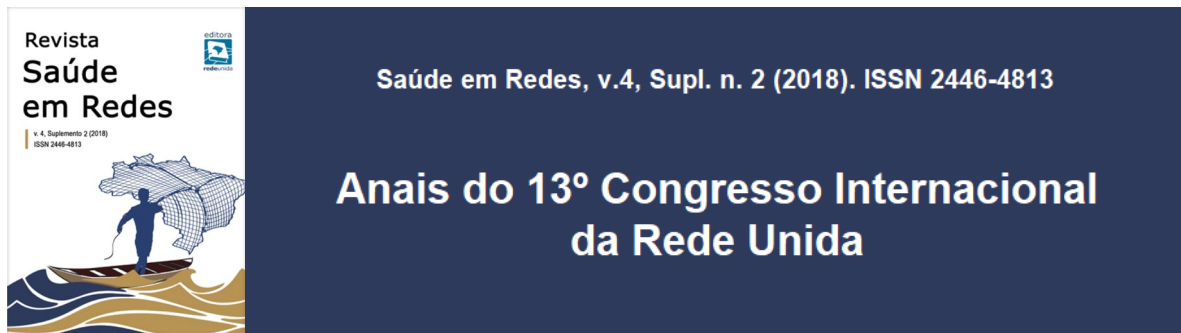


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

padrão ineficiente da respiração relacionado à imaturidade pulmonar, seguiu as prescrições de observar sintomas de respiração com dificuldade como, taquipnéia ($fr > 60$ rpm), gemência, retrações intercostais e ruídos adventícios; cianose, utilizar oxímetro de pulso, realizar aspiração das Vias Aéreas Superiores (VAS) e orofaringe quando necessário, verificar os valores dos gases arteriais; manter o bom funcionamento da ventilação mecânica, CPAP e Oxi- Hood; monitorizar a temperatura; providenciar coxim subescapular; providenciar estímulo tátil, quando ocorrer apneia; umidificar e aquecer os gases. Considerações finais: É de conhecimento que os cuidados desenvolvidos no neonato requerem maior compromisso de toda a equipe, pois o cliente nessa fase é totalmente dependente dos profissionais para que suas necessidades orgânicas sejam supridas e, ainda se acentua quando se refere a RN prematuros. Desse modo, a prática de enfermagem guiada pela SAE proporciona a realização de uma assistência mais organizada e singular, observando o cliente em sua integralidade de acordo com as características definidoras do quadro.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; diagnóstico de enfermagem; recém-nascido prematuro



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM MENOR COM SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI TIPO II

Isabela Maria da Costa Buchalle, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício, Mariane Santos Ferreira, Renan Fróis Santana

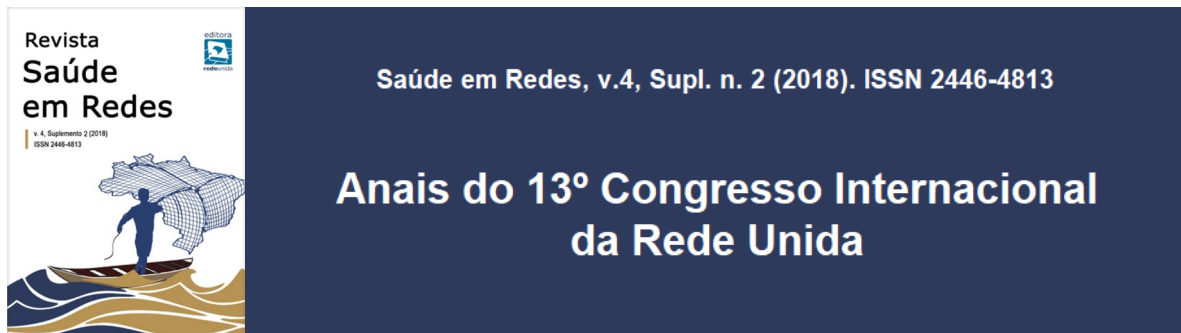
Apresentação: A malformação de Chiari é uma anomalia pouco comum, de origem congênita que se caracteriza por herniações cerebelares associados à espinha bífida cística e hidrocefalia causada por uma possível falha no processo de neurulação, podendo ser apresentada sob a forma assintomática ou sintomática, nesta última se ressaltam as características como a paralisia dos membros inferiores, instabilidade da marcha, cefaleia, parestesias, disfagia, cervicalgia, rinolalia, disfunção visual e vertigem. A Malformação de Chiari tipo II é a responsável pela maioria dos óbitos em portadores de mielomeningocele e pode se manifestar em qualquer idade, sendo mais severa em recém-nascidos e lactentes com idade inferior a 1 ano, no qual ocorre a herniação das amígdalas, verme cerebelar, quarto ventrículo e porção inferior do bulbo, através do forame occipital. O diagnóstico padrão-ouro é realizado através da ressonância magnética, porém exames complementares como raio-X de crânio e coluna, mielografia, pneumoencefalografia, ventriculografia, angiografia podem ser solicitados. O tratamento é cirúrgico, feito pela descompressão crânio-vertebral, no entanto possui uma alta letalidade e quando não consegue reverter o quadro resulta em diversas complicações e diminuição da qualidade de vida do cliente. Dessa forma, o estudo objetiva avaliar o caso de um menor com diagnóstico de Arnold chiari tipo II, de acordo com a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade de terapia intensiva (UTI), no município de Santarém-PA. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de caso, no qual a coleta dos dados foi realizada em um hospital de referência do município de Santarém-Pará, no setor de UTI pediátrica, durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica, ofertada no do 7º período do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Pará (Uepa), no período de maio de 2017. A análise ocorreu a partir da observação sistemática e dirigida do cliente e elaboração da SAE, seguindo a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), após prévia autorização de acesso ao prontuário. **Resultados e/ou impactos:** J.L.N.S., 3 anos de idade, sexo masculino, nascido de parto vaginal em 02/10/2013, proveniente do município Itaituba, com histórico de pré-natal incompleto, diagnóstico inicial de mielomeningocele rota e icterícia, no dia 04/10/2013 realizou correção para mielomeningocele, ao exame de imagem mostrou Síndrome de Arnold Chiari com evolução de hidrocefalia, sendo realizada a derivação ventrículo-peritoneal (DVP) em 16/12/2013, após a correção evoluiu para quadro convulsivo, apresentou pneumonia e infecção do trato urinário, sendo realizado o tratamento das intercorrências de forma eficaz. Foi submetido à correção cirúrgica para a Síndrome de Arnold Chiari em 09/04/2014. O diagnóstico atual compreendeu a Síndrome de Arnold Chiari tipo II. Ao exame físico observou-se que o menor apresentava regular estado geral, sono e repouso adequados, taquicárdico,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

hidratado, acianótico, anictérico, com movimentos ativos dos membros superiores, mantendo ventilação mecânica invasiva através de traqueostomia e apresentando abdome globoso flácido sem visceromegalia. Quanto às eliminações vesico intestinais, a diurese e evacuação estavam presentes. Permaneceu em isolamento de contato, devido a urocultura mostrar resultado positivo para *Klebsiella pneumoniae* em coleta do dia 06/04/2017. Ainda, manteve suporte nutricional em gastrostomia fechada e suporte medicamentoso, sob supervisão da equipe multiprofissional. Com base no caso, os diagnósticos de enfermagem pontuados foram: 1. Risco de queda relacionado à ausência dos pais, no qual se entrevistou de modo a acomodá-lo mais próximos do posto de enfermagem; auxiliá-lo durante a deambulação; realizar transporte na cadeira de rodas com cinto de segurança; manter o leito em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas. 2. Risco de infecção relacionada a procedimento invasivo de uso gastrostomia, procedeu-se em verificar a presença de sinais flogísticos; atentar para sangramentos, hipertermia e aparecimento de lesões cutâneas; efetuar cuidados com sondas, drenos e cateteres obedecendo aos princípios assépticos e supervisionar estado da pele. 3. Risco para desenvolver integridade tissular prejudicada relacionado à imobilidade física, a aplicação de compressas frias ou mornas; realizar mudança de decúbito a cada 2 horas; supervisionar a pele; passar óleo ou creme após o banho; dispor coxins em proeminências ósseas; instalar colchão piramidal; hidratar região perianal com dermoprotetor após troca de fraldas; observar e anotar áreas hiperemiadas e edemaciadas. 4. Risco de aspiração relacionado ao uso de traqueostomia foi outro diagnóstico apontado, no qual se procedeu com a monitoração nível de consciência e capacidade de deglutir; posicionamento em decúbito no ângulo de 45°, no mínimo, manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado é manter aspirador disponível. 5. A Mobilidade no leito prejudicada relacionada à incapacidade de deambular evidenciado pela paraplegia mostra que as ações devem ter o objetivo de prevenir complicações e a dor pelo posicionamento incorreto, no qual deve ser realizado o alinhamento do corpo do paciente; manutenção da cama limpa, seca e sem dobras; avaliar diariamente a pele do paciente e realizar massagem de conforto. 6. Dor crônica relacionado à incapacidade física crônica evidenciada por dor, no qual foram aplicadas as intervenções de avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; avaliar a eficácia das medidas de controle da dor; favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor; investigar a experiência de dor expressada pelo menor; prepara-lo para o procedimento de administração de medicamento; ensina-lo quanto o uso de técnicas não farmacológicas (relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, aplicação de compressas frias/quentes, aplicação de massagem) antes, após e se possível durante a atividade dolorosa. Considerações finais: O prognóstico do cliente com malformação de Chiari tipo II é ruim, pois muitos artifícios invasivos de manutenção são utilizados para alimentação, respiração e infusão de fármacos, como a gastrostomia, a traqueostomia, acesso venoso periférico, dentre outros, que torna suscetível o indivíduo a infecção e outras patologias. Assim, a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem se faz indispensável na estabilidade do quadro clínico, com a melhora do conforto e promoção de qualidade de vida ao cliente, pois através das



intervenções realizadas são utilizadas técnicas com enfoque às particularidades do cliente, que diz respeito às necessidades física, mental e social, buscando empregá-las de forma integral, bem como a prevenção de complicações e detectar precocemente falhas na terapêutica de controle. Ademais, a partir do planejamento das intervenções é possível atuar na vigilância contra fatores de risco ambientais que podem levar ao agravamento do quadro clínico.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; diagnóstico de enfermagem; doenças cerebelares



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO ÉTICO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE BELÉM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Ewerton Beckman dos Reis, Amanda Nunes Pinheiro, Juliana Rosário de Moraes, Raquel de Cássia dos Santos Almeida, Tayná Esteffane Silva Almeida, Daniela Maria Nantes Boução

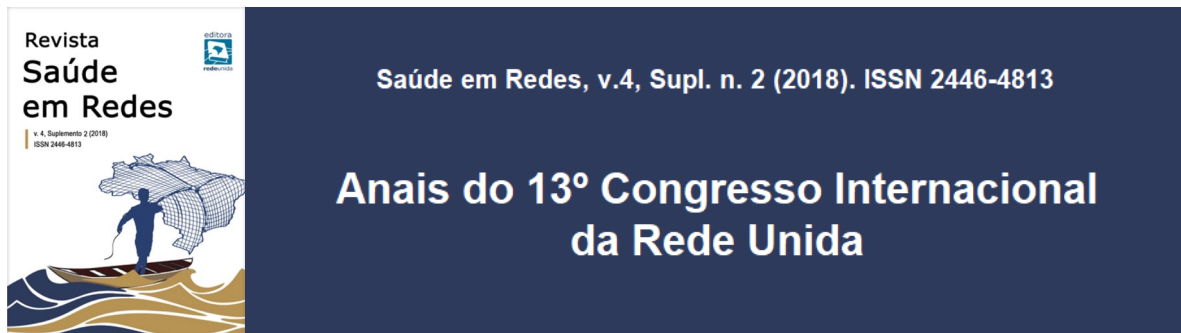
Introdução: as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) são principais portas de entrada para usuários do SUS em atendimentos de Urgência e Emergência, devido a isso a superlotação é um problema frequente, o que acaba levando os profissionais a mecanizar e acelerar o atendimento, principalmente na classificação de risco, muitas vezes resultando em situações que agridem o código de ética da enfermagem, onde no art. 5º diz "Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.". A partir disso, percebe-se a importância de um acolhimento ético, de um olhar humanizado e a resolutividade no atendimento ao paciente na classificação de risco. Durante o estágio curricular obrigatório, em uma unidade de pronto atendimento de referência a urgência e emergência em Belém, que ocorreu no período de 04 a 13/09/2017, os acadêmicos de enfermagem tiveram a oportunidade de vivenciar e praticar as atividades realizadas pelos enfermeiros em uma UPA, percorrendo e realizando assistência de enfermagem nas diversas áreas de atenção da unidade. Adquirindo aprendizado e experiência para sua capacitação profissional. Através da experiência vivenciada e observada, notou-se a importância da ética na assistência, principalmente no setor de classificação, onde é necessária a humanização e eficácia no atendimento ao paciente. O trabalho tem como objetivo abordar a partir de um olhar assistencial e humanístico as ações da equipe de enfermagem dentro da classificação de risco de uma Unidade de pronto atendimento. Descrição da experiência: para a realização desse estudo optou-se por uma abordagem qualitativa, descritiva, tipo relato de experiência, vivenciado por discentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Pará, Campus Belém durante o estágio curricular obrigatório da disciplina enfermagem em Urgência e Emergência, no período de 04 a 13 de Setembro de 2017. Primeiramente, observou-se a atuação dos profissionais de enfermagem na Unidade de Pronto Atendimento em suas diversas atividades, no entanto, a problemática abordada foi vivenciada pelos acadêmicos no setor de Classificação de Risco da unidade. Nesse setor, o atendimento com classificação de risco destina-se a todos os usuários que procuram os serviços de urgência/emergência pelo SUS. Dispõe de uma equipe multiprofissional, cada um contribuindo de acordo com sua função para a eficácia do processo. Ao chegar à unidade o usuário era recebido primeiramente pelos recepcionistas, onde era identificado e orientado a aguardar, para ser classificado de acordo com o risco, Em seguida, era encaminhado para a sala onde seria feita a classificação, que devido à grande demanda de pacientes, era muito rápida, em média 5 minutos. Observou-se que devido a superlotação e agitação dos usuários da unidade, o profissional não dava atenção suficiente às queixas dos pacientes, o atendimento tornava-se mecanizado, pois o profissional responsável acabava por não realizar



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

muitos dos procedimentos básicos, porém importantes, como examinar o paciente, verificar sinais vitais, tudo resumia-se em preencher dados no sistema e encaminhá-lo para atendimento com o médico. Notou-se também uma falha na integração da equipe multiprofissional, onde muitas das vezes pequenos problemas tornavam-se maiores por falta de uma simples conversa ou com uma informação correta, causando transtornos para o paciente, e atrasando o atendimento aos outros usuários que ali aguardavam. Esses fatores acabam desvalorizando o trabalho do enfermeiro, que é de suma importância para o funcionamento do serviço, que está na linha de frente como responsável pela classificação e por direcionar o atendimento dos pacientes de acordo com a sua prioridade, haja vista que a classificação busca a melhoria do atendimento e do fluxo da unidade. Na classificação de risco, procede-se a entrevista com o usuário, buscando saber os motivos que o levaram a procurar o serviço de saúde. A atuação do enfermeiro no acolhimento possibilita o gerenciamento das UPAS, contribuindo para a melhoria na qualidade do atendimento e garante o acesso do paciente diminuindo o tempo de espera. É um trabalho que exige grande responsabilidade, capacidade e qualificação profissional, visto que o enfermeiro baseado em dados clínicos colhe informações objetivas e subjetivas, e assim de maneira rápida e eficaz decide qual a melhor conduta a ser tomada. Resultados: Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas. A classificação de risco é um dos instrumentos utilizados pela PNH para a prática do acolhimento e da humanização. Este acolhimento faz parte da rotina destes profissionais diariamente e deve ser mais que uma simples recepção, o profissional deve escutar as queixas, os medos, as expectativas e identificar os riscos e vulnerabilidades. A eficácia do atendimento oferecido depende da qualidade técnica com que ele é realizado e da interação entre o profissional e o usuário. Identificamos a necessidade da equipe de saúde discutir como está sendo feito este atendimento ao usuário em todas as etapas do processo e a partir disso verificar o que pode ser mudado para o paciente ser mais bem acolhido. O objetivo maior é a satisfação e o bem estar do paciente, e para tal devemos buscar melhorar a cada dia por meio da empatia e valendo-se de alternativas que possibilitem este acolhimento humanizado. Deve-se exigir mais qualificação técnica dos profissionais envolvidos a fim de proporcionar uma escuta qualificada, pois o enfermeiro deve estar disposto a dialogar e permitir que o paciente exponha suas necessidades. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir. Dessa forma havendo interação humanizada entre enfermeiro e paciente e uma postura solidária da equipe de saúde, haverá assistência de qualidade e valorização do paciente. Considerações finais: a classificação de risco é uma atividade que depende muito da experiência e da qualidade técnica do profissional enfermeiro que atua articulando o processo desde a entrada do usuário no serviço até o atendimento médico. Os resultados positivos como a ordenação do atendimento de acordo com a gravidade dos casos, aliados à prática do acolhimento humanizado, trarão uma mudança na percepção dos pacientes em relação à assistência prestada contribuindo para a mudança do foco que passará a ser



centrado na pessoa e não mais na doença, humanizando o atendimento nas urgências. Cabe ao enfermeiro entender de maneira holística todos os mecanismos da Classificação de Risco e observar sua abrangência, considerando o fato de que não é apenas um local ou parte do atendimento, visto que ele é uma peça chave para o funcionamento eficiente e resolutivo deste serviço, sendo de sua inteira responsabilidade.

Palavras-chave: Classificação de risco; acolhimento; ética; Unidade de Pronto Atendimento;



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Geize Rocha Macedo de Souza, Luiza Helena Oliveira Cazola, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano de 2030, serão 27 milhões de casos incidentes de câncer, com 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas anualmente com câncer. Para o Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima, para o biênio 2016 - 2017, aproximadamente 600 mil casos novos de câncer.

Mediante o cenário oncológico, já em 2005, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), determinando que o usuário portador de câncer deva receber cuidados que contemplem os diversos níveis de atenção, ou seja, a atenção primária e a especializada, de média e alta complexidade, com ações voltadas para o indivíduo e o coletivo, com foco na promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como o diagnóstico oportuno e o apoio à terapêutica de tumores e cuidados paliativos.

O trabalho realizado pelo enfermeiro que atua na ESF envolve monitoramento das condições de saúde da população, como essência da atenção de enfermagem, seja individual ou coletivo, no monitoramento de problemas de saúde e intervindo nos agravos de ordem patológica.

O enfermeiro integrante da equipe das unidades de ESF tem posição de relevância, por exercer papel proativo em suas atividades e destacar-se como o profissional mais preparado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação.

Os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem, devem incluir, em suas atividades diárias, a atenção domiciliar aos pacientes com câncer e seus familiares, atuando no sentido de apoiar a família, estabelecer vínculo, identificar os pensamentos angustiantes do doente de ter suas vontades atendidas, reconciliar-se consigo e com os outros, bem como apoiar a família no processo de morte, de forma solícita e humana.

Vale destacar que a atuação do enfermeiro na atenção hospitalar em oncologia é amplamente discutida, porém a literatura pouco tem destacado ações de promoção e prevenção, cuidados continuados extra-hospitalares e/ou paliativos presentes na atenção básica.

O presente estudo objetivou conhecer a atuação dos enfermeiros da ESF na atenção oncológica, visto que a assistência prestada a esse paciente e seus familiares é desafiante, devido às suas peculiaridades de adoecimento e dos diversos tipos de câncer que o profissional identifica em seu local de trabalho.

Métodos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul (MS).

A população foi composta por 99 enfermeiros que atuavam nas 39 UBSF, sendo três delas unidades rurais. Foram excluídas aquelas equipes que não contavam com enfermeiros.

Dessa forma, foram excluídas nove equipes que, no momento da coleta de dados, estavam sem os profissionais, nove enfermeiros que se encontravam de férias ou de licença médica e quatro que não aceitaram participar. Ao final, compuseram a amostra 77 enfermeiros de 37 unidades, que foram convidados a participar da pesquisa e que, após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados primários ocorreu no período de outubro a dezembro de 2015, nas próprias unidades de saúde e de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário constituído de 25 questões fechadas, que abordaram as seguintes variáveis: quanto à caracterização sociodemográfica e profissional do enfermeiro: sexo, faixa etária, vínculo empregatício, tempo de serviço na ESF e na área adscrita, tipo de vínculo empregatício, especializações e capacitações realizadas referentes à atenção oncológica; quanto à atuação na atenção dessa área: pacientes com câncer em sua área e atividades com os pacientes e seus familiares, entendimento sobre a PNAO, facilidades e dificuldades em assistir pacientes e capacitações mencionadas como necessárias pelos profissionais. O formulário foi validado após um pré-teste aplicado a 10 profissionais de saúde, sendo uma enfermeira com especialização em oncologia, uma com experiência em atendimento ao paciente oncológico e oito que já atuaram na Estratégia Saúde da Família.

As entrevistas ocorreram em horário previamente agendado pelos enfermeiros, individualmente, realizadas pelas próprias pesquisadoras e com duração média de 45 minutos.

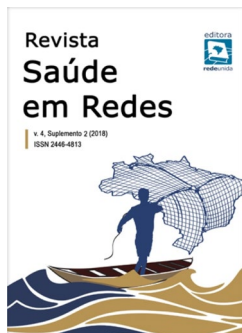
Foi realizada análise descritiva dos dados que foram organizados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel®, sendo as questões agrupadas conforme respostas afins e apresentados em formato de tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n. 1.249.953.

Resultados

O estudo encontrou, na análise das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros da ESF, uma predominância do sexo feminino (91%), na faixa etária de 31 a 40 anos (54%), com vínculo empregatício estatutário (77%), tempo de atuação na ESF e na área adscrita de 24 a 72 meses, correspondendo a 40% e 46% respectivamente.

Para o quesito especialização, 77% afirmaram possuir e, dentre estes, 58% com especializações relacionadas à área de saúde pública ou saúde da família. Em relação à capacitação em saúde oncológica, mais da metade afirmou não ter realizado, 65%.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A maioria dos enfermeiros possuía pacientes oncológicos na sua área adscrita e realizava acompanhamento destes, predominantemente, por meio da visita domiciliar, seguido da realização da consulta de enfermagem.

A maior parte dos entrevistados relatou ter conhecimento sobre cuidados paliativos, porém, mais da metade, afirmou não realizá-los por considerarem desnecessários. Em relação à quimioterapia e radioterapia, houve uma prevalência na não realização de orientações direcionadas à temática e, quando estas ocorriam, estava majoritariamente direcionada à orientação com alimentação.

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros desconhecia a PNAO e que poucos possuíam um bom entendimento sobre atenção oncológica. Referente às dificuldades em assistir o paciente oncológico, menos da metade relatou possuí-las, sendo a falta de capacitação em oncologia o motivo preponderante. Já para as facilidades, dentre os que referiram possuir, as orientações sem abalo emocional foram as mais relatadas.

No que tange a cursos e capacitações, quase a totalidade dos enfermeiros afirmou ter interesse em adquirir novos conhecimentos, principalmente, sobre a PNAO e os cuidados paliativos.

Considerações Finais

A atenção prestada pelo enfermeiro é realizada de forma variável, tanto na assistência direta ao paciente como aos seus familiares, o que evidencia, principalmente, que os profissionais inseridos nas equipes de ESF estão despreparados para assistirem os pacientes portadores de câncer em suas áreas adscritas.

Diante de tal despreparo, a assistência oferecida pela atenção primária à saúde do município se fragiliza, ocasionando um impacto negativo na prestação de cuidados e na qualidade de vida desses pacientes e seus familiares.

O desconhecimento dos enfermeiros sobre a PNAO constitui um desafio para os gestores, visto que ela norteia a assistência ao usuário com câncer, sendo necessária sua ampla divulgação dentro das equipes de ESF. O investimento nesse profissional é imprescindível, devido à necessidade explícita de educação permanente, para qualificá-lo e garantir ao paciente oncológico e seus familiares uma assistência eficiente e modificadora.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem Oncológica; Cuidados de Enfermagem



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TENSÕES ENTRE DIFERENTES MODELOS DE CUIDADO NA OBSTETRÍCIA: O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS DOULAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HOSPITALAR?

Thuany Bento Herculano, Marita de Almeida Assis Brilhante, Murillo Bruno Braz Barbosa, Juliana Sampaio

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, surgiram, em contrapartida ao modelo biomédico tradicional, iniciativas para reorientar a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico puerperal. Essas estratégias são conhecidas genericamente por humanização do parto e nascimento. Dentre elas, o suporte contínuo durante o trabalho de parto, que pode ser realizado por profissionais do serviço, familiares ou acompanhantes leigas treinadas, conhecidas como doulas. A palavra “doula” tem origem grega e significa “mulher que serve”, e hoje se refere à pessoa com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno. No Brasil, a inserção das doulas, remuneradas ou voluntárias, dentro das maternidades, deu-se sem a participação dos profissionais atuantes no cenário do parto, e, muitas vezes, sem o entendimento do escopo de atuação destas. Tal contexto abre margem para resistências e possíveis conflitos dentro das equipes de saúde, sobretudo, porque grande parte das orientações oferecidas pelas doulas vão de encontro à predominante biomedicina intervencionista, o que transforma o trabalho de parto num cenário de disputa entre modelos de assistência. Esse estudo pretende analisar a percepção dos profissionais de saúde atuantes em uma maternidade pública da Paraíba acerca da inserção das doulas na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, identificando o conhecimento sobre a função das doulas e possíveis benefícios, dificuldades e conflitos na participação destas no contexto obstétrico atual. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado no Instituto Cândida Vargas (ICV), maternidade localizada no município de João Pessoa, que compõe a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela, existe desde 2011, o Projeto de “Doulas Voluntárias”, criado pela Secretaria Extraordinária de Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM). O projeto oferece um curso com duração de sete meses, sendo um mês de aulas teóricas e seis meses de atividades práticas no ICV, onde as doulas em formação trabalham diretamente com as mães e os profissionais da saúde. Os sujeitos do estudo foram 24 profissionais das diferentes categorias envolvidas na assistência ao parto no ICV: equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), médicos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, no período de agosto de 2016 a abril de 2017. Como instrumento de coleta foi utilizada a entrevista semiestruturada, cuja distribuição quantitativa entre os profissionais se deu mediante a proporcionalidade numérica de cada categoria dentro da maternidade. Dessa forma, 37,5% (n=9) eram da equipe de enfermagem (3 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem), outros 37,5% (n=9) eram da equipe médica (7 obstetras e 2 pediatras) e 25% (n=6) os demais profissionais da saúde envolvidos na atenção ao parto (3 fisioterapeutas, 2 psicólogas e 1



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assistente social). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CAAE - 56342016.5.0000.5188). O material produzido foi submetido à análise de conteúdo temática. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: As idades do grupo entrevistado variaram entre 26 e 65 anos (média = 43,3 anos; dp = 13,8 anos). Todas as profissionais eram do sexo feminino. O tempo médio de formação dessas profissionais foi de 17,6 anos (dp = 14,2 anos). A categoria com maior tempo de formação foi a equipe médica, com 35,1 anos. Segundo as profissionais entrevistadas, podem ser identificadas três dimensões de cuidado na atuação das doulas na maternidade, sendo que cada uma delas dispara tensões com diferentes personagens envolvidas no cenário do parto. A primeira diz respeito ao suporte emocional oferecido pela doula, o que despertou tensões com as psicólogas, que buscam demarcar a diferença de seu papel, apontando que a função da doula não pode ser entendida como apoio psicológico. Para elas, cabe às doulas um cuidado afetivo, sem uma metodologia específica e cuja intervenção não busca alcançar um objetivo clínico determinado. A segunda dimensão do cuidado atribuída às doulas diz respeito ao suporte físico. Nesta, a doula produz tensionamentos com a fisioterapia, na execução de exercícios, especialmente naqueles com uso da bola suíça e do balanço pélvico para parto (tipo 'cavalinho'), que, para as fisioterapeutas, seriam atribuições inerentes a sua categoria profissional. A terceira dimensão da assistência seria o suporte de informações para a parturiente através do qual a doula deve orientar como ocorre o trabalho de parto normal, evidenciando a fisiologia dos eventos vividos. Segundo as entrevistadas, essa informação não deveria ser passada no sentido de empoderar a parturiente para tomada de decisão, como aponta a literatura no tocante às funções da doula, mas, sim, no sentido de docilizá-la frente às intervenções biomédicas. Para quem atua constantemente no pré-parto, especialmente para a equipe de enfermagem, há uma carência de profissionais para estar junto às gestantes, justificando a presença de doulas. A equipe de enfermagem reconheceu a importância do suporte dado por elas, inclusive salientaram que essa dimensão do cuidado também é uma função da enfermagem, mas que, por conta da sobrecarga de trabalho em atividades técnicas, elas não podem dedicar-se exclusivamente a uma gestante como as doulas fazem. Em oposição ao que foi apresentado pela enfermagem, para as profissionais, especialmente as médicas obstetras e pediatras, que atuam somente na cena do parto, que via de regra ocorre no bloco cirúrgico ou na sala de parto, a maternidade enfrenta um excesso de pessoas. Tal realidade nos leva a crer que o cerne do problema é que se negligencia o processo (partejar) em detrimento do desfecho (parto), pois, ao passo que se encontram mulheres sozinhas no pré-parto, na hora do nascimento, há um grande contingente de pessoas, o que não representa necessariamente melhoria na assistência. O cuidado não confidencial faz parte do arsenal da violência obstétrica, o que está relacionado com pior satisfação da parturiente à assistência prestada, sobretudo quando os profissionais não agem de forma coesa. Percebeu-se, ainda, uma necessidade de marcar a distinção entre o saber/fazer do profissional de saúde dotado de cientificidade e respaldado por anos de estudo, do saber/fazer da doula, marcado por um caráter subjetivo, intuitivo, não técnico e, portanto, "substituível", e, por vezes, "dispensável". Houve, portanto, uma intensa



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

polarização entre cuidado (humanizado) e assistência técnica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao analisarmos a relação das doulas com as diferentes categorias profissionais, percebe-se que a gênese destas tensões vai muito além da presença de um “novo” sujeito na cena do parto. A realidade local reflete a atual conjuntura obstétrica brasileira, permeada por disputas entre diferentes modelos de assistência e por espaço de atuação. Dessa forma, seria aceitável para os profissionais se essa “nova” personagem não colocasse em xeque saberes e práticas consolidadas na obstetrícia tradicional. Ao passo que os profissionais afirmam que elas não têm qualificação técnica para discutir condutas ou questionar práticas, corroboram a necessidade de manterem-se leigas e afastadas do conhecimento científico que os compete. Esse cenário desperta para a necessidade de repensarmos a assistência obstétrica, desde a formação dos profissionais, para que seja possível um cuidado compartilhado e solidário, centrado na mulher, que rompa com os limites de práticas privativas desta ou daquela profissão.

Palavras-chave: Doulas; Assistência ao Parto; Trabalho em saúde



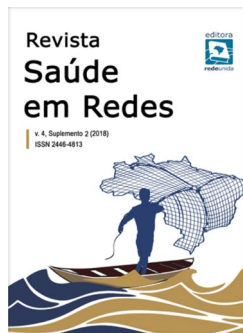
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RELATO DAS PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE DISCENTES NO ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL NAS CLÍNICAS DE UM HOSPITAL EM UMA REGIÃO NA AMAZÔNIA

Gabriel Sousa de Paiva, Françoise Gisela Gato Lopes, Marlyara Vanessa Sampaio Marinho, Gabriela Noronha Fortes

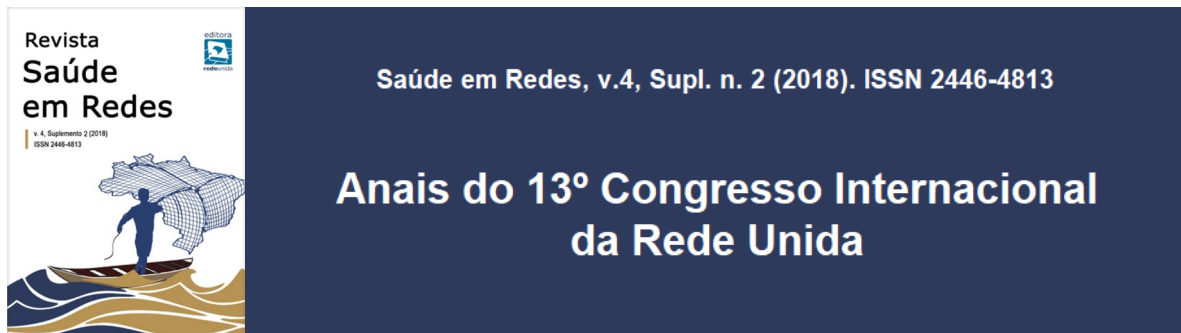
Apresentação: O apoio espiritual a pessoa doente, já faz parte da prática da sociedade desde a antiguidade. Essa forma de cuidado humanizado, possibilita que a pessoa aceite ou se adapte a situação em que se encontra. A espiritualidade é uma forma de lidar com as problemáticas de âmbito físico e mental. A dor atinge somente partes do corpo e pode ser solucionada com auxílio de medicamentos, enquanto o sofrimento abrange o corpo como um todo, e exige que seja dado um sentido para as coisas. A equipe de espiritualidade pode proporcionar ao paciente uma melhora na qualidade de vida, um apoio social, motivacional, emocional e espiritual para que o mesmo consiga encontrar motivos felizes acima de qualquer obstáculo a se enfrentar. O objetivo da vivência foi o de observar o trabalho voluntário das equipes religiosas de um hospital público localizado na região amazônica, e fomentar reflexões sobre a necessidade psíco-espiritual do paciente. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência desenvolvido por meio de uma Atividade Integrada em Saúde (AIS), sendo esta, parte do projeto político do curso (PPC) de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará – Campus XII. Foram realizadas visitas no mês de outubro de 2017 no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), sendo este localizado no município de Santarém – Pará, com o intuito de observar como ocorre e quais os impactos do acompanhamento religioso aos pacientes ali internados, uma vez que esse hospital conta com um projeto de assistência espiritual para os pacientes. O acompanhamento durante as visitas foi realizado juntamente com grupos de religiosos. O projeto é acompanhado por seis denominações de igrejas diferentes, e somente aquelas que possuem autorização do hospital, por participarem de treinamento interno prévio, podem realizar orações junto aos pacientes. Para que os religiosos se tornem voluntários devem desenvolver um projeto que será avaliado, para depois serem submetidos ao treinamento elaborado pelo HRBA, onde recebem orientações sobre normas internas da SCIH, SESMT e Núcleo de Qualidade e sobre deveres e limitações frente ao comportamento a ser tomado com o paciente, respeitando a aceitação ou não do acolhimento, já que diversas religiões podem ser encontradas, deve-se também respeitar o estado emocional e a necessidade de proteção contra infecções. Os acadêmicos e a equipe visitaram quartos da clínica médica, clínica cirúrgica, clínica oncológica adulto e clínica oncológica pediátrica. Cada grupo é escalado a uma determinada área a cada dia da semana, para que todos os pacientes possam ser assistidos de forma adequada pelos grupos voluntários. A princípio o líder religioso se apresentava, depois pedia permissão para que levasse uma mensagem de fé para as pessoas ali presentes. Posteriormente, ele lia trechos da bíblia e depois fazia uma oração. O grupo sempre dava uma palavra de conforto segundo seus conhecimentos bíblicos,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e deram oportunidade para que os acadêmicos pudessem estar participando com eles desse momento, pedindo que os mesmos participassem das orações. Em cada quarto era sempre uma oração diferente, um momento distinto. Todos os meses, uma vez por mês, os líderes se reúnem com a coordenadora do projeto no hospital, para discutir sobre a desenvoltura e necessidades das atividades realizadas. Resultados e/ou impactos: As visitas nos leitos foram muito produtivas, foi possível perceber as necessidades dos pacientes e acompanhantes, e os efeitos que os momentos religiosos tem perante as difíceis situações encontradas. Durante todo o acompanhamento foi percebido a aceitação por parte dos usuários, tanto os pacientes quanto os familiares foram muito receptivos, e aceitaram as orações oferecidas pela equipe. Alguns no início pareciam demonstrar pequena resistência ao dar atenção, mas com a intervenção do pastor diminuía, e ao final dos momentos de orações todos se demonstravam satisfeitos com a presença do grupo. Uma acompanhante oriunda de outra cidade relatou o quanto se sentia satisfeita com o trabalho religioso realizado, e disse que isso deveria ser algo que acompanhasse os pacientes de forma mais individual, já que se sentiam sozinhos no período de internação. Esse relato demonstra que os pacientes e acompanhantes precisam de um apoio biopsicossocial e espiritual para enfrentar as dificuldades do adoecimento e da internação, principalmente os que são de outras cidades, e não possuem a presença de amigos e familiares. A rotina de um hospital é bem intensa, os profissionais da saúde sempre estão atarefados e apressados, e por isso fica difícil uma interação mais próxima com os pacientes. É notório o quanto eles precisam dessa assistência, para ter alguém com quem conversar, ouvir suas histórias, expressar seus sentimentos, e receber o apoio necessário que vai além da equipe multiprofissional de um hospital. Esse trabalho realizado auxilia no combate a possíveis casos de depressões de usuários que se encontram por longo período de internação, e se vêem muitas vezes incapacitados, ou em fases terminais. Em uma das visitas, uma acompanhante que aparentemente estava distraída com cuidados de seu parente, começou a chorar, recebendo então conforto da equipe e apresentando melhora aparente. É esse o objetivo da equipe, demonstrar preocupação com o próximo, levando uma palavra de ânimo, conforto, carinho e amor. Com o incentivo da fé, os pacientes são estimulados a serem otimistas, a acreditarem na cura. A crença de que a fé vai curar, faz com que muitos pacientes consigam sublimar a dor, o estresse e outros problemas que enfrentam durante a doença. O apoio voltado aos que estão em fase terminal direciona-se a aceitação e ao modo de como encarar a morte, sempre buscando qualidade de vida até o final. Considerações Finais: O acompanhamento religioso não tem a finalidade de impor uma religião, e sim tem o propósito de contribuir para a melhora tanto física como mental dos usuários do hospital. Foi visto que a fé é uma grande consoladora de quem se encontra num momento de adoecimento e sofrimento, pois as pessoas entregam as dificuldades as suas crenças e acreditam que os problemas podem se resolver. O papel dos religiosos voluntários é levar conforto, esperança e mostrar aos pacientes e acompanhantes que eles não estão sozinhos. Muitas vezes escutar suas queixas, suas dificuldades já é confortante. O acompanhamento religioso não é de serventia apenas para os pacientes ali internados, mas também para os acompanhantes, que precisam de forças e esperança para



continuar ajudando o seu familiar. Por isso, é importante que a gestão dos hospitais estejam sensíveis a dar esse apoio espiritual aos seus clientes, haja vista que esse cuidado com a mente dos pacientes propiciam uma internação com mais qualidade e conforto, e conseqüentemente uma maior adesão ao tratamento por estar sendo mais humanizado e eficaz.

Palavras-chave: cuidado humanizado; espiritualidade; vivência.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.

Edmilson Calixto Lima, Rodrigo Viana Toledo, João Agnaldo Nascimento

O estudo tratou do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica (AB) à saúde e levou em consideração a análise de dados a partir do segundo ciclo de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O objetivo do estudo foi avaliar o atendimento da demanda espontânea das Equipes de Saúde da Família no segundo ciclo do PMAQ-AB. Trata-se de um estudo seccional de base populacional, cuja unidade amostral foi de 29.778 unidades de saúde dos 27 estados federativos do Brasil, correspondendo a 2.160 unidades na região Norte, 10.768 na região Nordeste, 2.241 na região Centro-Oeste, 10.100 na região Sudeste e finalmente 4.509 na região sul e os dados foram provenientes do banco de dados do 2º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB.

A pesquisa apresenta abrangência nacional e foi desenvolvida de forma integrada por diferentes Instituições de Ensino e Pesquisa, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. Foram incluídos todos os profissionais de saúde que participaram da entrevista de avaliação externa do PMAQ, referente à aplicação do questionário do módulo II, que foi executado por entrevistadores da qualidade a um único profissional de saúde em cada Unidade de Saúde da Família (USF) que apresentasse o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. Deste módulo foram analisadas as questões referentes ao acolhimento da demanda espontânea, correspondendo a 18 questões de respostas diretas. Foram observadas as 18 variáveis sobre acolhimento da demanda espontânea foram descritas em tabelas de frequência absoluta e relativa, com os resultados de cada uma estratificados por macrorregião.

As variáveis foram tratadas como variáveis nominais dicotômicas, sendo aquelas com múltiplas alternativas, transformadas em tantas variáveis dicotômicas, quantas alternativas possíveis. Duas variáveis tiveram tratamento diferente, sendo a resposta referente a uma unidade de tempo. Estas variáveis foram consideradas como numéricas intervalares. Foram gerados pontos de corte, para cada variável do estudo, buscando classificar as regiões em melhor ou pior do que o Brasil. Estes partiram das frequências totais, que consideraram o universo das equipes.

Tabela 1. Percentual das questões sobre o Acolhimento a demanda espontânea, dados do segundo ciclo do PMAQ, anos 2013 – 2014, com distribuição por macrorregião.

Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ

Observação: Dados em vermelho são menores do que a média do Brasil, azul são superiores à média do Brasil.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Na Tabela 1 observa-se que a região Norte só pontuou acima da média nacional nas questões referentes a ter um local específico para a realização do acolhimento ou poder realiza-lo na recepção e com relação a não ter protocolos para acolhimento de queixas diversas. Já a região Nordeste pontuou acima da média nacional nos dois pontos supracitados e na variável que se referia à realização de acolhimento no turno da manhã. A região Centro Oeste teve desempenho semelhante obtendo pontuação maior do que a média nacional nas variáveis apresentadas anteriormente e também com relação à realização do acolhimento durante os cinco dias úteis semanais.

Ainda com relação à Tabela 1, a região Sudeste só teve dois pontos abaixo da média nacional que foram nas variáveis com relação à existência de local específico para realizar o acolhimento e o fato de não possuir protocolos específicos para acolhimento. E a região Sul teve mais variáveis com média abaixo da nacional, entre elas a existência de protocolos com relação à queixas mais frequentes no idoso, adulto e criança; com relação aos problemas respiratórios; protocolos para problemas relacionados à saúde mental e ao sofrimento psíquico; existência de protocolo de captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação; existência de protocolo de dengue; outros; não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea; e garantia de sair com a consulta agendada. Todas as outras variáveis tiveram médias acima da nacional.

O estudo revelou que em todas as regiões do país há a realização de acolhimento, considerando-se as particularidades de cada região e que, com um local específico ou na recepção, a maioria das unidades em todas as regiões consegue realizar este atendimento. Contudo, como observado nos resultados, as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste estão deficitárias na realização da atividade, sendo classificadas a partir do padrão desenvolvido como Insatisfatórias ou abaixo da média em sua maioria.

As médias baixas com relação aos protocolos podem atingir a AB enquanto principal porta de entrada no sistema de saúde, precisando dar respostas aos usuários de maneira capacitada, devendo romper as barreiras burocráticas, contudo, ainda se vê a dificuldade da realização destes objetivos, tendo em vista a dificuldade das tecnologias chegarem até os trabalhadores em saúde e assim, conseqüentemente, permitirem aos mesmos prestar um bom atendimento aos usuários.

Conclui-se que o acolhimento pode estar sendo realizado na maioria das unidades de saúde do Brasil, contudo, a boa prática do mesmo depende das tecnologias e interações entre diversos aspectos que envolvem a produção de saúde e que vai resultar na satisfação do usuário. Assim, ainda se apresenta como necessária a evolução das políticas em relação ao acolhimento na AB, que possam promover as ferramentas necessárias para a realização das atividades e assim promovendo maior satisfação dos usuários que são a razão maior da existência do serviço.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Básica à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CAMPO FECHADO: A HORA DE SENTIR MEDO

Davi Araújo da Cunha, Iolete Ribeiro da Silva

Apresentação

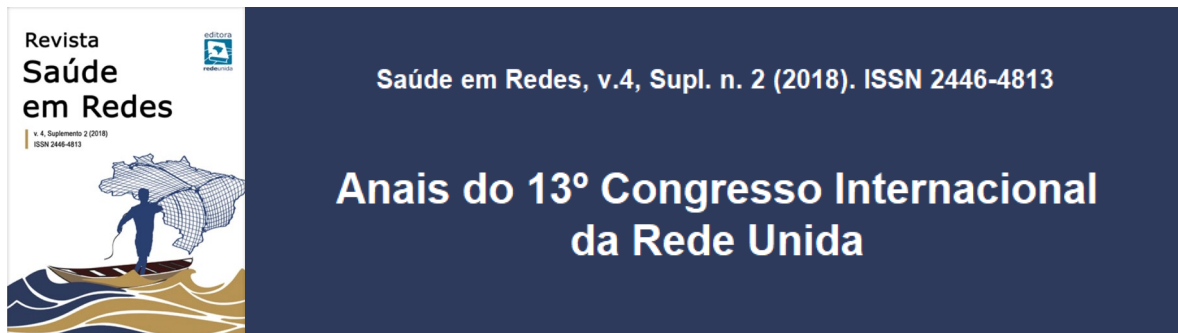
Este trabalho é o recorte de uma pesquisa em psicologia da saúde realizada numa instituição hospitalar na cidade de Manaus-AM no ano de 2014. Teve como objeto de estudo a experiência subjetiva ou de intimidade de usuários dos serviços de saúde que necessitavam realizar o exame de ressonância magnética (RM). Experiência compreendida na articulação entre os aspectos psicológicos e a expressão comportamental manifesta durante a processualidade deste exame. O objetivo principal foi colocar o usuário/cidadão na posição de protagonista, solicitando deles a partir de entrevistas semiestruturadas que fizessem sugestões para a melhoria do serviço de RM a que eles foram expostos evitando tratá-los ou colocá-los numa posição objetal, realidade ainda frequente em alguns serviços de saúde.

Os dois modelos de RM mais usados em investigações clínicas são os de campo aberto e o de campo fechado. O modelo de campo fechado tem formato de túnel e o de campo aberto tem formato de U, o que permite nesse último modelo, geralmente, produzir menor estado ansioso por parte de seus usuários/cidadãos. A pesquisa foi realizada no modelo de campo fechado. Tal escolha foi devido a maior preferência por parte dos profissionais médicos solicitantes do exame de RM, uma vez que esse modelo realiza investigações de todas as regiões do corpo com melhor definição e em um tempo menor quando comparado ao modelo de campo aberto.

Desenvolvimento do trabalho

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de característica descritivo-exploratória realizada no parque de diagnóstico por imagem, no serviço de RM, de um hospital geral na cidade de Manaus. A abordagem geradora de discussão foi concernente às contribuições dadas pelos próprios usuários/cidadãos do exame de RM e suas propostas de melhorias para o ritual que compreende a realização do exame de RM. Os seis participantes voluntários da pesquisa foram selecionados a partir do grau de dificuldade em realizar o exame de RM de campo fechado. A região anatômica e/ou indicação clínica a ser investigada pela RM não foram levadas em consideração nessa pesquisa, mas sim a dificuldade ou não expressa pelo usuário/cidadão logo após a conclusão do exame.

Eis a descrição da amostra: a) dois pacientes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino que realizaram o exame sem aparentemente manifestar dificuldades explícitas do tipo ansiosa/fóbica; b) dois pacientes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, que conseguiram realizar o exame de RM apesar de apresentarem dificuldades do tipo ansiosa/fóbica; e, c) dois pacientes do sexo masculino que não conseguiram realizar o exame de RM por apresentar sinais evidentes de ansiedade/medo/fobia, sendo necessário, nesse caso, interromper a realização do exame e remarcar para outro momento quando então foi usado procedimento anestésico para a realização do exame de RM.



As entrevistas dialógicas foram individuais, semiestruturadas e focadas na experiência vivida de passagem pelo exame de RM de campo fechado. Procurou-se valorizar as expressões emocionais e os sentimentos dos sujeitos, em um ambiente de cuidado e atenção, possibilitando a emissão de respostas que não fossem simplesmente automáticas ou racionalizantes. Todos assinaram o TCLE e a pesquisa obteve aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM). Não houve recusas de participação dos mesmos. A análise foi feita tendo como fio condutor o referencial teórico em psicologia da saúde, o problema de pesquisa e o objetivo proposto.

Resultados e impactos encontrados

Apesar dos participantes ter experimentado os ambientes de recepção, sala de espera, triagem de enfermagem e nova sala de espera, as propostas de melhorias sugeridas por quem experienciou a realização do exame de RM de campo fechado foram direcionadas mais propriamente a sala de realização de exame. Para os participantes que manifestaram reação de medo ou ansiedade é a sala de exame e mais especificamente o equipamento de RM (magneto) a maior fonte desencadeadora de resposta do tipo ansiosa.

Outro dado levantado foi que os participantes que tiveram mais dificuldades em realizar o exame de RM por apresentar sinais de ansiedade/medo do exame ou do equipamento foram também os que mais contribuíram com sugestões para melhorias do serviço.

As principais contribuições fornecidas por quem esteve na posição de “paciente” foram: a) Participantes que realizaram o exame sem problemas do tipo emocional/ansioso: demora para ser chamado para fazer o exame; b) participantes que realizaram o exame mas com relativa dificuldade do tipo já descrito aqui: ruído gerado pelo equipamento; e, c) participantes que não concluíram terminar o exame: Demora para iniciar o exame, maior privacidade, uma “boa conversa” com a pessoa, os técnicos que entram em contato com os pacientes devem transmitir tranquilidade, exames executados mais rápidos, um equipamento mais “transparente porque não dá para ver nada lá dentro”, deve ter uma boa entrevista. Destaca-se que no geral todos os participantes mostraram-se satisfeitos com o atendimento recebido. Pode-se destacar que a experiência subjetiva que resulta em passagem sem dificuldades pelo equipamento de RM não depende unicamente do conhecimento prático anterior do exame. Outros fatores de ordem física/biológica (como está sentindo dor provocada pela posição exigida para fazer o exame), ou de ordem emocional (como medo inexplicável da máquina) podem comprometer a performance dos pacientes durante o exame. Profissionais de saúde preocupados com o cuidado integral em saúde incluirá no atendimento ao usuário/cidadão do exame de RM o imaginário desse ator e suas implicações para o sucesso ou não do exame. Valorizará seus discursos e sistema emocional.

Considerações finais

Pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista. O chamado modelo médico hegemônico centrado no órgão e na patologia detectável por métodos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

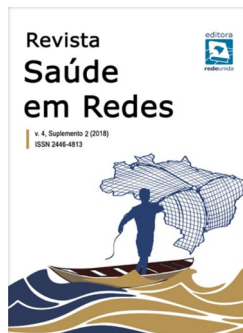
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gráficos ou de imagem tende a relegar a um plano secundário a questão emocional e intersubjetiva colocando essas manifestações tão próprias do humano como algo externo à interpretação biomédica.

Também merece nota o fato observado na pesquisa que para “corrigir” esse “efeito adverso” (ficar nervoso durante o exame de RM) a primeira escolha é a anestesia geral (venosa ou inalatória), evidenciando o modelo biomédico como central também para solucionar esses “desvios”. Identificada essa lacuna, apontamos o modelo biopsicossocial como uma possibilidade de superação do modelo biomédico (sem excluí-lo), abarcando assim de forma integral o usuário/cidadão que está em busca de cuidados para sua saúde. Nesse ambiente (hospital, serviço de RM) já tão marcado por afetos em constante conflito há a necessidade de valorização da comunicação emocional principalmente quando a emoção é comunicada, mas não por intermédio da fala. Essa comunicação ocorre primeiramente entre sujeitos (através de gestos, afetos, toques).

Outra questão para aprofundamentos concerne aos processos relacionais e ambientais que interferem na qualidade dos cuidados à saúde do usuário/cidadão em seus itinerários terapêuticos.

Palavras-chave: Ressonância magnética; psicologia da saúde; educação em saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

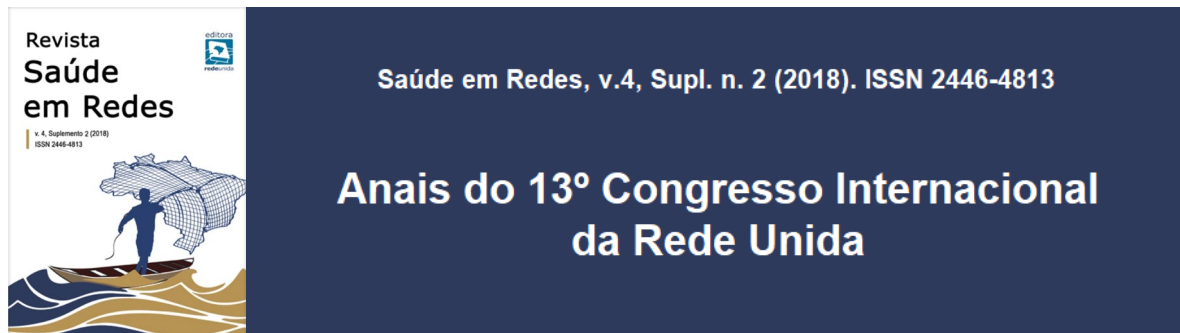
FALTA DE MEDICAÇÃO PARA O CONTROLE DOS EFEITOS ADVERSOS DECORRENTES DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Diego Lucas Teixeira Vieira

O tratamento quimioterápico e radioterápico do câncer frequentemente vem acompanhado de uma variedade de efeitos adversos indesejáveis decorrentes do uso da radiação e ou medicação, como consequência disso os prescritores veem a necessidade de prescrever uma série de medicamentos para o tratamento paliativo com o intuito de tornar menos sofrível e melhorar a qualidade de vida do paciente durante o tratamento oncológico. O presente trabalho se propõe a elencar os principais medicamentos utilizados no combate aos efeitos adversos do tratamento oncológico e avaliar a sua disponibilidade nos municípios integrantes da regional de saúde de Ponte Nova, ou seja, será feito um estudo se os medicamentos se encontram disponíveis para a população.

O paciente em tratamento com medicação antineoplásica muitas vezes sai da consulta médica com prescrições de outros medicamentos, como vitaminas, suplementos nutricionais e medicação paliativa para controle dos efeitos adversos, tais como, diarreia, constipação, depressão, ânsia de vômito, entre outros. Muitos desses medicamentos fazem parte da RENAME, porém muitas vezes nos deparamos com a paciente custeando essa medicação do próprio bolso, e nos casos em que a paciente não tem condição financeira suficiente para adquirir essa medicação ela precisa recorrer a ONGs, doações, judicialização ou até mesmo sofrer com o desconforto desses efeitos adversos durante o seu tratamento, então o trabalho tem como objetivo elencar os principais medicamentos paliativos prescritos para auxílio da diminuição dos efeitos adversos decorrentes da terapia antineoplásica, identificar os principais efeitos adversos decorrentes da terapia antineoplásica, a medicação mais prescrita para o combate a esses efeitos e avaliar a disponibilidade desses medicamentos paliativos nas farmácias públicas dos municípios da regional de saúde de Ponte Nova.

É justificável que com o atual financiamento da Assistência Farmacêutica não seja possível ter a disponibilidade de todos os medicamentos, inclusive até mesmo a RENAME não disponibiliza toda a medicação listada nesse estudo, além disso existe impasses com relação a responsabilidade do fornecimento da medicação onde não é bem claro e estabelecido até onde vai a obrigação do hospital oncológico e onde começa a obrigação do município, pois segundo a portaria 874/2013 o fornecimento da medicação oncológica é de responsabilidade dos hospitais especializados porém a legislação é vaga no que diz respeito à medicação adjuvante, algumas reações indesejadas causadas pelo tratamento com antineoplásicos apresentam uma escassez maior que as outras, é o caso da constipação intestinal, sintoma que causa um desconforto enorme para o paciente e que praticamente todos os municípios da região de saúde não possuem nenhum medicamento para o seu tratamento, com exceção de Cajuri, Santa Cruz do Escalvado, Amaparo do Serra e Ponte Nova que possuem o bisacodil, apenas Ponte Nova possui a lactulose e nenhum município possui supositório de glicerina ou óleo mineral. O mesmo quadro se repete para a diarreia, onde apenas Ponte



Nova possui o medicamento loperamida que é o principal recurso para controle das evacuações.

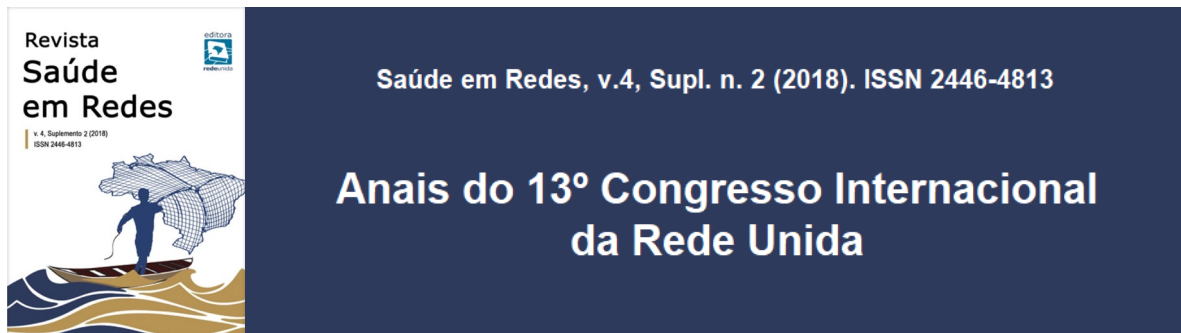
Para o tratamento de dor crônica houve uma grande variação na disponibilidade dos medicamentos, porém nessa situação temos um atenuante que é a disponibilidade de protocolo de tratamento de dor crônica pelo componente especializado do SUS, então na falta dessa medicação na prefeitura o prescritor pode requerer o seu fornecimento por via rápida para o paciente por meio de preenchimento de formulário para solicitação da medicação pelo Estado (Portaria GM/MS nº 1554 de 30 de julho de 2013), porém isso muitas vezes não é feito e acaba a paciente procurando no município ou por via judicial um medicamento que é fornecido pelo Estado.

A situação mais complicada é o caso da Ondansetrona também conhecida pelo nome comercial Vonau® que é o medicamento de escolha para tratamento de náuseas e vômitos em associação com a dexametasona e um dos medicamentos para tratamento paliativo dos efeitos indesejados da terapia antineoplásica mais prescritos, pois essa medicação apesar de estar presente na lista da RENAME não foi padronizada em nenhum município da região de saúde, as outras opções padronizadas não possuem o mesmo mecanismo de ação e a mesma eficácia, sendo assim nessa situação o paciente tem poucas opções, ou compra o medicamento ou procura a via judicial.

Alguns sintomas como a agitação psicomotora, insônia e depressão apresentam uma variação na disponibilidade das medicações, sendo que no mínimo dois medicamentos sempre estão disponíveis em todos os municípios, nessa situação seria interessante um trabalho junto com os prescritores para divulgação dessa disponibilidade para que as sejam preferencialmente prescritos esses medicamentos que estão disponíveis.

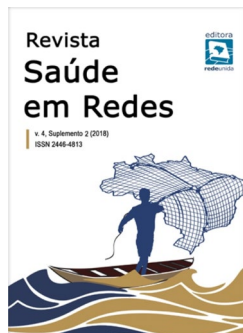
Apesar de que a maioria dos medicamentos para tratamento dos efeitos adversos decorrentes da terapia antineoplásica está disponível nos municípios da região de saúde de Ponte Nova foi constatado que alguns medicamentos importantes e essenciais como a ondansetrona, o bisacodil, loperamida, lactulose, naproxeno não foram padronizados, além de outros que possuem uma grande variação da disponibilidade entre os municípios, fica a impressão de que os medicamentos que estão disponíveis tem sua presença garantida por outros critérios epidemiológicos independentes da questão oncológica, pode ser que no momento da padronização esse tratamento paliativo da terapia antineoplásica simplesmente não é levado tanto em consideração ou colocado em pauta devido à baixa demanda, além disso acontece também que mesmo medicamentos que são disponibilizados pelo Estado por meio do componente especializado da Assistência Farmacêutica deixam de ser distribuídos por falta de orientação dos prescritores quanto a sua disponibilidade, preenchimento da documentação ou mesmo descaso pela busca dessa informação, com isso a paciente acaba tendo que comprar a medicação, apelar para a via judicial onerando ainda mais o sistema ou até mesmo abandonando o tratamento devido a esses efeitos colaterais.

É necessário a criação de financiamento específico para a aquisição desses medicamentos pois o recurso da assistência farmacêutica já é limitado e muitas vezes impede a inclusão de novos medicamentos na REMUME, principalmente aqueles com demanda relativamente



baixa, é preciso também uma legislação específica para que fique bem claro a responsabilidade de cada ente federativo e quais medicações devem ser priorizadas, além disso deve haver um trabalho multidisciplinar envolvendo os médicos, farmacêuticos e os gestores municipais para a padronização da medicação mais utilizada nesse tratamento para que seja feita a inclusão desses medicamentos na REMUME ou então a adequação da receita na medida do possível para a medicação já disponibilizada, para que o paciente tenha uma qualidade de vida um pouco melhor durante o seu tratamento que em si já é muito torturante.

Palavras-chave: quimioterapia; câncer; Assistência Farmacêutica; efeitos adversos; cuidados paliativos



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ACADÊMICOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO OESTE DO PARÁ

Isabela Maria da Costa Buchalle, Andreza Dantas Ribeiro, Brenda dos Santos Coutinho, Daniele Silva de Freitas, Géssica Naiane Baia Nobre, Geysiane Rocha da Silva, Lívia de Aguiar Valentim, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício

Apresentação: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por apresentarem etiologia múltipla e assinaladas por alterações silenciosas no organismo e período de latência de longa duração com danos e lesões irreversíveis, que podem desencadear incapacidade ou mesmo óbito. Dentre as principais DCNT tem-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM), obesidade, dislipidemias e alguns tipos de cânceres. As DCNT são consideradas um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, devido ao alto índice de morbimortalidade. Em vista disso, o objetivo do estudo foi investigar os fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, bem como verificar a presença de valores anormais obtidos a partir da aferição da pressão arterial (PA) e dos níveis glicêmicos em acadêmicos de uma universidade pública do oeste do Pará. **Desenvolvimento:** trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com acadêmicos de uma universidade pública, localizada no município de Santarém – PA, no dia 24 de abril de 2017, desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira com a aplicação de um questionário contendo as seguintes variáveis: idade, gênero, etnia, hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, tabagismo, alteração dos níveis de glicose em algum momento da vida e histórico familiar de diabetes. A segunda etapa baseou-se na verificação de medidas antropométricas (peso e estatura para cálculo do índice de massa corporal – IMC e circunferência abdominal – CA), aferição da PA, utilizando-se de um aparelho digital validado pela associação brasileira de cardiologia e mensuração dos níveis glicêmicos em jejum e casual, a partir do uso do glicosímetro (G-Tech Free Lite). O IMC foi classificado de acordo com a divisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) e para a classificação dos resultados da CA foi adotado o ponto de corte da International Diabetes Federation (IDF). Para análise da PA, foi utilizada a classificação de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Já para a avaliação dos resultados obtidos com o glicosímetro, foi utilizada a classificação adotada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBN). Entretanto, cabe ressaltar que a SBN preconiza que para o diagnóstico do DM, devem ser utilizados os valores da glicose plasmática, seja pela glicemia de jejum ou após a glicemia de 2h pós-sobrecarga de 75 g de glicose. Dessa forma, os valores obtidos a partir dessa verificação foram utilizados para fins de orientação dos participantes, salientando a busca por um serviço de saúde, caso seu resultado fosse alterado. Os dados coletados foram tabulados e analisados através do software Excel® 2013. **Resultados e/ou impactos:** A amostra da pesquisa foi de 61 acadêmicos, sendo 77% do sexo feminino, na faixa etária de 17 a 21 anos de idade, média de 19 anos. Referente ao sexo como um fator de risco não modificável, em muitas doenças crônicas, a exemplo do DM, a prevalência ocorre na população feminina, respectivo à idade,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

trata-se de um público jovem, onde o risco para desenvolver alguma DCNT é menor. No que condiz a etnia/raça dos pesquisados, 47,5% se consideravam pardos, 36,1% brancos e 16,4% negros. Percebe-se que a maioria se autodeclarou pardo, o que está de acordo com a raça prevalente na região norte. Quanto ao histórico familiar dos pesquisados acerca de uma das DCNT mais comuns, o DM, 77% disseram possuir familiares de 1º grau com a doença e 60,7% de 2º grau. Pertinente aos fatores de risco modificáveis para as DCNT, foi avaliada a prática de atividades físicas nos graduandos, dessa forma, 62,3% praticavam algum tipo em um tempo inferior a 30 minutos por dia ou menor que 4 vezes na semana e 37,7% exerciam em um período maior que 30 minutos por dia ou mais que 4 vezes na semana. Atualmente, é recomendado que adultos de 18 a 64 anos de idade realizem pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica, de intensidade moderada na semana ou então, ao menos 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa na semana ou uma combinação de ambas. Particular aos hábitos alimentares desse público foi avaliada a frequência no consumo de determinadas classes de alimentos, desse modo, específico a ingestão de legumes, vegetais e frutas, 72,1% faz seu uso com frequência e 27,8 não. Relacionado à ingestão de frituras, salgados e carnes gordas, 72,1% admitem fazer o consumo rotineiro e 27,9% não. Observou-se que grande parte faz o consumo diário de frutas, legumes e frutas, contudo é significativa a quantidade dos que utilizam a segunda classe de alimentos. No tocante ao tabagismo, 90,2% relataram nunca terem fumado e 9,8% afirmaram já ter tido esse hábito, mas abandonaram. Quando o gênero masculino foi questionado se já havia tido alguma alteração no seu nível glicêmico, ao longo da vida, 92,9% responderam que não ou não tinha conhecimento e 7,1% alegou que sim. Referente ao gênero feminino foi investigado a ocorrência de alterações dos níveis glicêmicos ou se já haviam tido filhos com mais de 4 kg, sendo que 95,7% informaram que não e 4,3% sim. No que diz respeito a ser portador de hipertensão arterial, todos afirmaram que não possuíam. No que tange as medidas antropométricas, a partir do cálculo do IMC, foi verificado que 8,2% estavam abaixo do peso, 78,7% apresentavam peso normal e 13,1% estavam com sobrepeso. Com relação a CA nos homens, 92,9% estavam com o tamanho dentro da normalidade e 7,1% acima, já nas mulheres, 68,1% estavam com a circunferência no tamanho ideal e 31,9% acima. A partir da aferição da PA, 78,7% foram classificados como normal, 9,8% como pré-hipertenso e 11,5% como hipertensão estágio 1. Vale ressaltar que a classificação adotada a partir do resultado da PA não possuiu cunho diagnóstico, assim, seus resultados serviram como base para as orientações a serem ofertadas aos acadêmicos no final da pesquisa, salientando a procura por um serviço de saúde, dependente dos valores encontrados. Referente aos resultados constatados a partir do uso do glicosímetro, 42,6% realizou em jejum e 57,4% casual. Dos que realizaram em jejum, 92,3% apresentaram resultado normal e 7,7% como intolerância a glicose diminuída, já dos que fizeram de forma casual, todos apresentaram os resultados dentro da normalidade. Ao final do estudo, foram dadas orientações em saúde aos participantes, de acordo com os fatores de risco e resultados encontrados, bem como a oferta de um lanche saudável. Considerações finais: Em consideração as condições de risco que não são susceptíveis de alteração presentes nos colaboradores da pesquisa, que favorecem

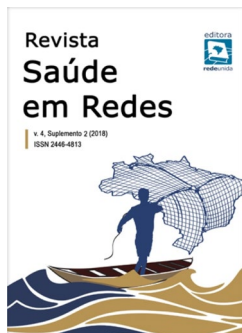


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a ocorrência de DCNT, 77% são do gênero feminino e a maioria possui histórico de DM na família, já em conformidade aos que decorrem da vontade pessoal para serem remodelados, 62,3% praticam atividade física de forma insuficiente; 72,1% faz consumo rotineiro de alimentos não saudáveis; 9,8% já foram tabagistas; 13,1% estavam com sobrepeso; 7,1% e 31,9% dos homens e mulheres, respectivamente, estavam com a CA aumentada. Já na aferição de PA e dos níveis glicêmicos, 21,3% estavam com os níveis da PA alterados e 7,7% da glicemia. Assim, concebendo o atual contexto das DCNT, a prevenção assume papel irrevogável, tornando-se imperativo que o público universitário estabeleça um período para a realização de atividades físicas que acabam por influenciar positivamente outras variáveis, como nas medidas do IMC e CA, em conjunto com a adoção de bons hábitos alimentares.

Palavras-chave: fatores de risco; doença crônica; estudantes



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PREVALÊNCIA DE SOBREPESO/OBESIDADE, E SUA RELAÇÃO COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL, EM FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA EM SANTARÉM- PA

Railany Pereira Silva Benoá, Adjanny Estela Santos de Sousa, Brena Caroline Cordovil Lopes, Rosane Guimarães de Sousa, Josiele Christine Viana Paz

Apresentação: No decorrer dos últimos séculos percebeu-se uma grande mudança no perfil de morbimortalidade da população, com grande prevalência de doenças causada por patologias crônicas não transmissíveis, dentre elas a obesidade. A obesidade é uma doença crônica decorrente da interação entre vários fatores, está associada ao surgimento de enfermidades, como a hipertensão arterial (HA) (CAIRES et al., 2013). A obesidade e o sobrepeso são estimados através do índice de massa corporal (IMC). Evidências relatam que o IMC está intimamente relacionado à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (LINHARES RS et al. 2012). Nieman (1999) define a pressão arterial (PA) como a intensidade com que o sangue força as paredes das artérias, sendo dividida em sistólica (PAS) e diastólica (PAD). A PAS e a PAD são as etapas de contração e relaxamento do coração, respectivamente. Quando há variação significativa acima do normal em pelo menos uma dessas pressões, caracteriza o quadro clínico de hipertensão. Um dos fatores responsáveis pela causa de sobrepeso e obesidade, que irá acarretar em Hipertensão, é a falta de atividade física. Essa ausência, na população em geral, pode ser explicada, devido a um aumento da carga horária de trabalho buscando melhores condições financeiras, fazendo que seu tempo livre para práticas de atividades físicas e de lazer diminua. (SILVA, 2014). Portanto, o objetivo deste trabalho é investigar a prevalência de sobrepeso/obesidade e HA em funcionários de uma instituição de ensino, bem como verificar a associação entre estes. Desenvolvimento do Trabalho: A pesquisa obedeceu à Metodologia da Problematização que valoriza as metodologias ativas, usou-se então o método do Arco de Maguerez que segue os passos: Observação da realidade; Ponto chave; Teorização; Hipótese de solução e a Aplicação à realidade. O local foi a Universidade do Estado do Pará (UEPA), trata-se de uma pesquisa-ação. Foi realizada uma entrevista por meio de questionário e coleta de dados dos participantes, o IMC e a PA. Os dados foram analisados por meio de recurso de estatística descritiva com a utilização do Excel (2007) e para verificar associação entre sobrepeso/obesidade com HA foi realizado o teste de correlação de Spearman com o uso do programa Bioestat 5.3. Trata-se de um projeto desenvolvido no terceiro semestre do curso de enfermagem, fazendo parte da Atividade Integrada em saúde (AIS). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da UEPA – Campus XII conforme parecer 1.318.965, em conformidade com a resolução 466/12. Resultados e/ou impactos: A ação realizada na instituição de ensino superior UEPA, teve como participantes 39 funcionários, de todas as esferas de serviço. Desses 39 participantes, entre 18 e 64 anos, 16 (41%) eram do sexo masculino; 23 (59%) eram do sexo feminino e possuíam uma média de IMC de 26,5. Pode-se perceber um valor significativo de pessoas com sobrepeso (43,5%), e obesidade (20,5%), através da entrevista realizada, notou-se que 64% destes não praticam atividade física, esse

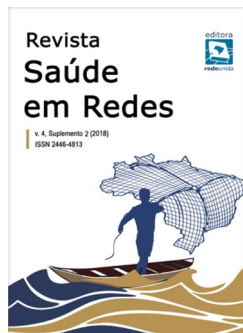


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dado pode ser um agravante para a saúde dos funcionários, colaborando para o surgimento de doenças, como a HA. Nas Diretrizes de Hipertensão (2010), são apresentados os riscos para HA, como a idade, gênero, etnia, sedentarismo e a obesidade. Através da entrevista foram obtidos resultados satisfatórios para esses fatores. Segundo as DH, 60% das pessoas acima de 65 anos tem maior risco de desenvolver HA, de acordo com a idade dos pesquisados, constatou-se que todos os hipertensos têm acima de 40 anos de idade. Uma pesquisa realizada por Martinez et al., (2006), entre metalúrgicos do RJ e SP, demonstrou que a prevalência de Hipertensão foi de 24,7% com a idade acima de 40 anos, aproximando-se dos resultados do presente trabalho. Além disso, notou-se que entre gênero e etnia, os considerados hipertensos era 50% homens e 50% mulheres. Segundo as Diretrizes, a prevalência global de HA é semelhante para os dois, e nenhum sendo de cor branca, confirmando as DH, que diz que ela é duas vezes mais prevalente em não-brancos. Pode-se perceber que dentre os pesquisados 10% (4 funcionários) apresentou HA. Observou-se que entre os 4 indivíduos que apresentaram altos valores de PA, 2 apresentaram sobrepeso e 2 apresentaram obesidade. A relação entre HA e sobrepeso/obesidade é confirmada por Galvagni (2012) que relacionou os hipertensos com essas alterações de peso, na qual o sobrepeso apresentou maior índice. A quantidade de hipertensos mostrados como resultado desta pesquisa foi relativamente pequena, decorrendo-se do fato de ser uma amostra reduzida em comparação à outros estudos. O teste de correlação de Spermán buscando associação entre o IMC e a PAS e PAD, mostrou que não houve de forma significativa ($p=0,1728$, $rs=0,2228$; $p=0,8909$ e $rs=0,0227$). Conclusão: Observou-se que grande parte dos pesquisados apresentaram sobrepeso e obesidade, além disso, percebeu-se que todos os indivíduos que apresentavam HA tinham também sobrepeso ou obesidade, entretanto nem todos os trabalhadores nestas condições apresentaram HA. Através da entrevista, percebeu-se que esses pesquisados não praticavam atividade física, devido à falta de tempo, ou praticava de maneira ineficiente. Reforçando a ideia de que a atividade física é de extrema importância principalmente para regulação do peso das pessoas.

Palavras-chave: Hipertensão, Obesidade, Trabalhadores.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE CONSUMO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE GERONTOLÓGICOS NA CIDADE DE MANAUS, AM

Cleisiane Xavier Diniz, Júlio César Suzuki, Maria de Nazaré Souza Ribeiro

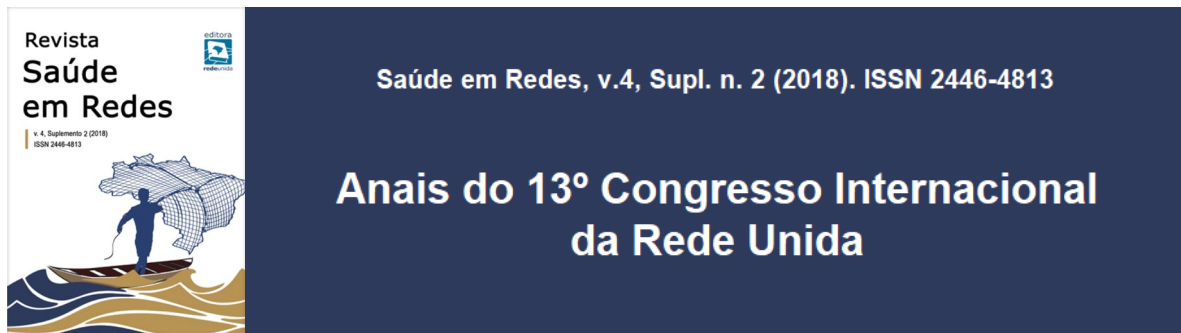
Sabe-se que no processo de envelhecimento e no aumento da longevidade, há uma maior procura dos serviços de saúde, tendo em vista que o número das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aumentam nesta faixa, representando um dos principais desafios para a saúde pública da década presente. A população idosa representa uma das maiores demandas para os serviços de saúde, fazendo-se necessário conhecer o seu perfil epidemiológico, especialmente as doenças crônicas mais prevalentes, para que se possa planejar e elaborar políticas de saúde mais específica. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico e de consumo de serviços de saúde dos idosos usuários dos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, de natureza transversal e descritiva. Focalizando sua distribuição espacial nas zonas administrativas da cidade de Manaus, trabalhou-se com universo populacional de 17.100 idosos (> 60 anos de idade) cadastrados nos CAIMIs da cidade de Manaus, resultando num tamanho amostral de 1.080 idosos (360 idosos em cada um dos três CAIMIs) entrevistados, com margem relativa de erro de 5% e coeficiente de confiança de 95%. A amostra foi do tipo probabilística aleatória, por demanda espontânea, sendo os idosos abordados a partir de sua chegada ao CAIMI. Isso possibilitou que cada elemento dessa população tivesse uma probabilidade de fazer parte do estudo, assegurando a validade interna do estudo e possibilitando extrapolar os resultados (validade externa) para outras comunidades. Os resultados encontrados mostram que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes tipo 2 (DM2) continuam sendo as doenças mais prevalentes e o principal motivo de procura dos idosos aos serviços de saúde especializados, correspondendo 50,8% e 18,2% das causas de atendimentos, respectivamente. Os Distúrbios da Acuidade Visual apareceram com 9% e as doenças associadas ao sistema musculoesquelético somaram-se 6,8%, correspondendo aos dados da artrite e artrose. A HAS é considerada um forte fator de risco cardiovascular, cursando com alta prevalência em pessoas idosas e, quase sempre, vem associada à doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, vasculopatias periféricas, dentre outras. Acomete cerca de 60% das pessoas idosas, com influência direta nas elevadas taxas de morbimortalidade. Pode-se considerar que existe uma alta prevalência e um forte fator de risco para doenças cardiovasculares e renais nesses idosos entrevistados. Com relação ao Diabetes Tipo 2, a prevalência encontrada entre o grupo em estudo foi de 18,2%, um resultado que, aparentemente não representa maiores preocupações, no entanto, esta prevalência é bastante significativa se considerarmos que o grupo em estudo é idoso e que se trata de uma morbidade limitante, que aumenta os riscos de nefropatias e agravos circulatórios, podendo ocasionar cegueira, amputações e complicações encefálicas. Essas complicações aumentam também os custos sociais e financeiros, impactando o sistema de saúde, a família e a própria pessoa. Estima-se que 387 milhões de pessoas no mundo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

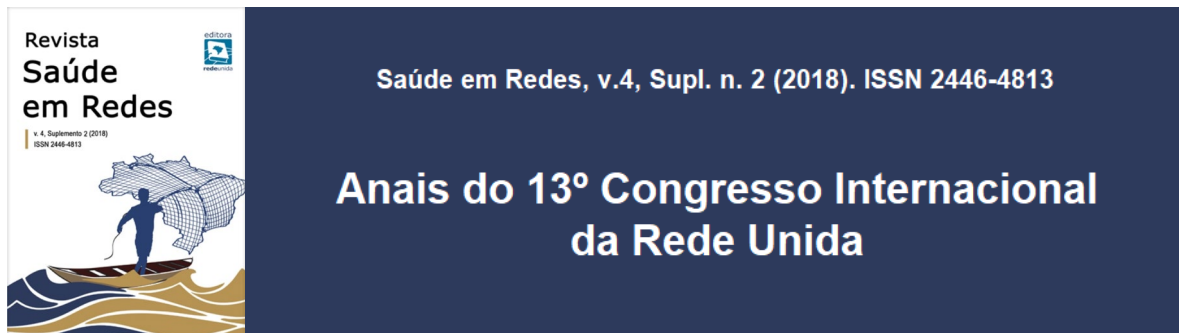
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

convivem com a (DM2) e que em 2035 este número alcance 471 milhões, em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo muito presente nas condições de vida das populações urbanas. Aproximadamente 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade. No Brasil, em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes, podendo chegar a uma estimativa de 19,2 milhões para 2035. Ao analisar a correlação entre as morbidades e a mediana da idade, observou-se significância estatística na Artrose ($p < 0,029$), acidente vascular encefálico ($p < 0,049$) e Alzheimer ($p < 0,001$), indicando que, quanto maior a faixa etária, maior a possibilidade de aparecimento de tais doenças. Da mesma forma, a procura por especialistas vai ocorrer com o aparecimento das morbidades que estarão mais presentes com o passar da idade. Diante da problemática das doenças crônicas mais prevalentes nos idosos, o médico clínico geral se torna o mais procurado (31,1%) diante de sua capacidade de resolução de problemas de saúde em vários contextos. Porém, o que não se esperava era a frequência muito baixa de consultas ao cardiologista (0,7%), uma vez que a HAS foi a morbidade mais prevalente. Possivelmente isso ocorreu pela limitação do número de consultas disponibilizadas aos cardiologistas dos CAIMIs, ficando sob a responsabilidade do Clínico Geral a conduta prescritiva do tratamento da HAS. Embora os Distúrbios da acuidade visual tenham aparecido com 9% das principais causas de atendimento ao CAIMI, a oftalmologia foi a segunda especialidade mais procurada para atendimento com 31%, possivelmente por encaminhamento do Clínico Geral para controle de catarata, glaucoma e cegueira de pessoas com DM2, situações que representam complicações graves do DM2. Como o envelhecimento é um processo natural da redução progressiva das respostas adaptativas do corpo ao ambiente, é natural que, com o avançar da idade, as doenças crônicas se tornem mais prevalentes nessa população. Além disso, essas doenças exigem tratamentos contínuos e que podem vir acompanhadas de disfunções e/ou algum nível de dependência. Isso leva a acreditar que, a deficiência de cuidados especializados para as morbidades agudas acarreta efeitos crescentes sobre os gastos com cuidados de longa duração na cronificação dessas doenças. Outro ponto considerado neste estudo foi o acesso dos idosos aos serviços disponibilizados pelos CAIMIs. O acesso tem sido considerado um elemento importante no padrão de consumo de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, independente de faixa etária. Neste estudo, aproximadamente 50% dos idosos da pesquisa utilizaram os serviços dos CAIMIs alguma vez no mês. A frequência periódica condicionou-se à viabilidade de encontrar acesso, à qualidade dos serviços oferecidos, à resolutividade do motivo da procura e à possibilidade do deslocamento até o serviço. Assim, infere-se que, ter acesso aos serviços, não depende de uma livre escolha do usuário. Conclui-se que os idosos da pesquisa são acometidos com doenças prevalentes nessa faixa etária (HAS e DM2), não divergente de dados nacionais. É importante destacar que o perfil de consumo de serviços de saúde está condicionados às condições econômicas individuais e familiares, e à oferta de serviços na comunidade onde reside o indivíduo. Em todo caso, observou-se que os idosos produziram diferentes estratégias de



acordo com suas capacidades, histórias de vida pessoal e coletiva, que são adotadas pelas disponibilidades circunstanciais e socioculturais, na busca de solução para seus problemas de saúde.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde do idoso; morbidade em idosos

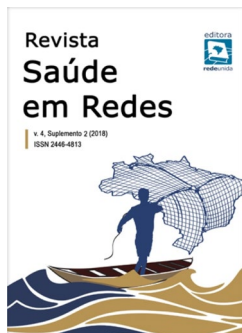


SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA ATIVIDADE EDUCATIVA

Ingrid Pujol Hanzen, Ana Paula Lopes da Rosa, Carine Vendruscolo, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Elisangela Argenta Zanatta

Apresentação: A segurança e a qualidade tornaram-se temáticas essenciais para assistência em saúde em todo o mundo, envolvendo colaboradores, administradores e usuários dos serviços. A busca por resultados que contemplem qualidade e otimização do atendimento tornou-se meta dentro das instituições de saúde. A sequência de diversos eventos adversos com custos humanos e financeiros fez com que a questão da segurança do paciente emergisse e fosse objeto de reflexão, sendo inserida nas políticas públicas de vários países. Em paralelo à complexidade dos serviços de saúde e ao desenvolvimento tecnológico, há o aumento dos riscos, no entanto, estão sendo desenvolvidas estratégias simples e de baixo custo objetivando a redução de danos. Torna-se importante ressaltar que a segurança do paciente causa impacto na qualidade da assistência de enfermagem, para isso é necessário uma mudança na cultura dos profissionais, da existência de um sistema de registros, de uma política institucional voltada para a qualidade. Os profissionais de enfermagem são os mais envolvidos nesse processo, porém ainda existe desconhecimento da importância e de como desenvolver essa prática, com base em evidências científicas e de forma a garantir o princípio da integralidade da atenção à saúde. Nessa direção, o desenvolvimento de uma cultura de segurança, juntamente com a capacitação da equipe de saúde, torna-se um fator positivo na busca por boas práticas que garantam um atendimento seguro e de excelência. Os profissionais precisam compreender as questões relacionadas à segurança do paciente e sua repercussão nos processos de trabalho, assim como as consequências que o erro pode causar. É imprescindível que a equipe conheça os benefícios que a identificação segura garante tanto para o paciente quanto para o profissional que presta o atendimento. A conscientização dos profissionais envolvidos é fundamental para o processo de adesão e implementação de processos de identificação segura. O objetivo dessa proposta é relatar a compreensão dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o conceito de segurança do paciente.

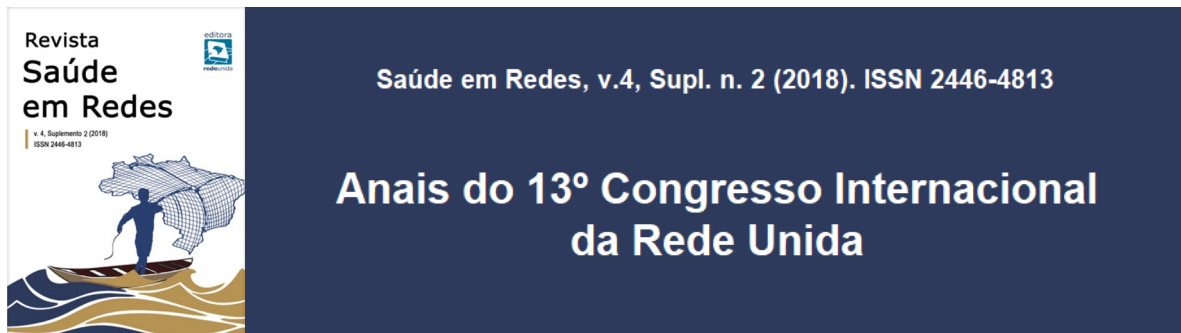
Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência abordando o processo educativo de introdução ao conceito de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento, no município de Chapecó, Santa Catarina. Os profissionais envolvidos foram os auxiliares de enfermagem e enfermeiros atuantes nos turnos matutino e noturno. O encontro foi conduzido pela enfermeira responsável pelo estudo. Foram realizados dois encontros com duração de 30 minutos com cada equipe de trabalho, abordando a temática sobre segurança do paciente. Os encontros tiveram como mediador a enfermeira do projeto de intervenção, e foram realizadas da seguinte forma: conhecimento inicial da percepção sobre segurança pelos técnicos, introdução da temática, contribuições para melhoria da prática atual. Para a compreensão do que cada profissional tinha como conceito de segurança do paciente foram realizados debates entre os componentes de cada



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

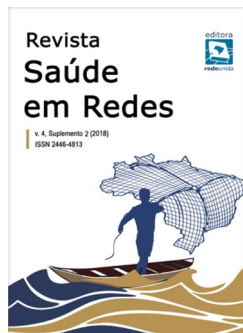
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

equipe, fazendo com que cada um expusesse sua percepção acerca da temática. Ao final foram pactuadas medidas para inserção de condutas que promovessem práticas seguras. Resultados e/ou impactos: Sobre o conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente, a maioria dos participantes vinculou o ambiente às boas práticas de enfermagem, exemplificando até questões como ausência de vigilante no serviço e uso dos nove certos no preparo e administração de medicações. As equipes identificaram diversos riscos e erros em situações atendimento, foi reforçado que existe subnotificação dos casos. Os profissionais compreendem o atendimento seguro como parte do seu trabalho, porém não sendo efetivo em muitas ocasiões. Conhecer a percepção dos profissionais acerca da temática faz com que possam ser articuladas ações de educação em saúde, nesse contexto, reforçando a segurança do paciente, buscando a redução dos eventos adversos e, conseqüentemente, melhorando a qualidade do atendimento. Essa percepção dos profissionais da unidade é percebida quando os mesmos relatam reconhecer as falhas de segurança e quais seriam as formas de evitá-las, essa evidência faz com que seja enfatizada a busca por boas práticas no atendimento. Esse momento foi crucial para a introdução da cultura de segurança nos conceitos das equipes, devido à reflexão causada. Percebeu-se que a maioria dos profissionais ao refletirem sobre os erros durante a assistência foram remetidos a criação de uma consciência de responsabilidade profissional. As duas equipes concluíram que necessitam ser mais atentas quanto à segurança do paciente, observar os riscos preveníveis e agir de forma a evitar que eventos adversos ocorram. Desde a realização das reuniões, os processos de identificação no cadastro e triagem estão ocorrendo com mais frequência, porém, percebe-se que ainda falta participação total e verdadeiro entendimento dessas práticas tanto por enfermeiros quanto por técnicos. Como contribuições para a prática diária foram pactuadas mudanças para que os erros possam ser minimizados, entre as sugestões foi decidido que os pacientes devem possuir documento de identificação para poder consultar na unidade de pronto atendimento. Em casos de urgência/emergência o acompanhante ou paciente devem fornecer pelo menos data de nascimento e informações que possam ser comprovadas via pesquisa no sistema. Os auxiliares de enfermagem, após a intervenção, demonstraram mais atenção durante os atendimentos, e a grande parte deles tenta efetivar as boas práticas. Foi percebido que o profissional que mais demonstrou resistência à inserção de um atendimento com processos de segurança foram os enfermeiros da unidade de pronto atendimento. A maioria prefere seguir protocolos distintos e confiar em práticas anteriores, como não checagem dos dados do paciente no momento da triagem. Isso reforça o entendimento de que os profissionais tendem a acreditar que não cometem erros e com isso menosprezar práticas de segurança. A qualidade do atendimento vinculada à cultura da segurança é um processo lento que vai se efetivando conforme adesão e compreensão dos profissionais envolvidos nos processos de assistência. Considerações finais: Algumas das formas de inserção da cultura de segurança dentro dos ambientes de trabalho são os momentos de capacitação, que levam os profissionais a refletirem sobre suas práticas e, no coletivo, pensarem formas de atenção e cuidado seguras e de qualidade. A equipe demonstrou maturidade profissional ao identificar os erros e a ausência de protocolos de



segurança durante o atendimento profissional. Torna-se essencial reforçar que o paciente, desde sua admissão até a alta, é responsabilidade da instituição, sendo que esta deve garantir uma assistência que evite danos à saúde. Os movimentos educativos e reflexões sobre essa temática devem ser frequentes de forma que os profissionais de enfermagem envolvidos criem percepções críticas e construtivas, resultando em melhores práticas na sua própria forma de produzir saúde e cuidado.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Pronto Atendimento; Assistência de Enfermagem



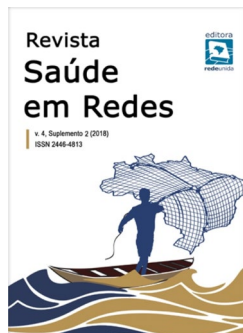
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PRÁTICAS DE PUERICULTURA COM COMUNIDADE DE HAITIANOS NO SUL DO BRASIL: DESAFIOS E SUPERAÇÃO

Ingrid Pujol Hanzen, Ana Paula Lopes da Rosa, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Elisângela Argenta Zanatta

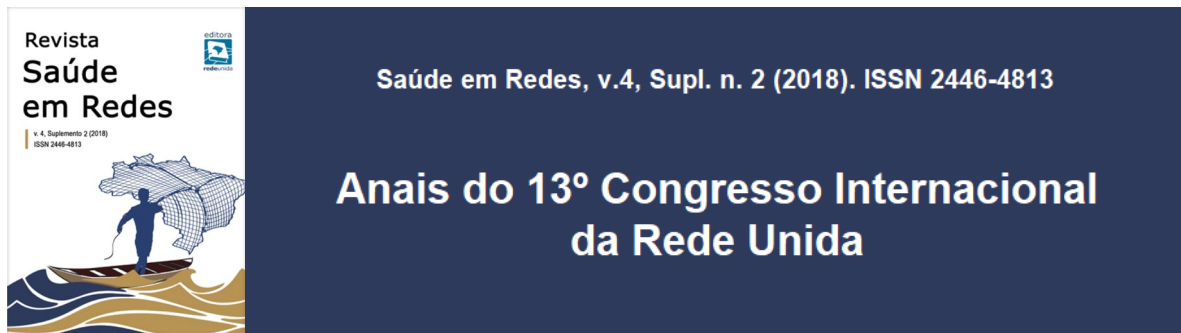
Apresentação: com a globalização o processo de imigração está cada vez mais acentuado devido a busca de estrangeiros por melhores condições de vida, acesso a moradia, trabalho, fuga da pobreza e fome. No cenário nacional observa-se nos últimos anos um processo migratório intenso de pessoas vindas de diferentes países. Na região oeste de Santa Catarina, especialmente no município de Chapecó, esses movimentos migratórios são bastante perceptíveis. O município de Chapecó é caracterizado por um acentuado desenvolvimento econômico devido a presença de agroindústrias. Estrangeiros, principalmente de origem haitiana, migram para essa cidade em busca de trabalho, moradia e melhores condições de vida e saúde. Ao estabelecerem-se aqui passam a ter o acesso a diversos serviços de saúde, programas sociais, educação, dentre outros. Nesse contexto, destaca-se o acesso ao Sistema Único de Saúde, que tem como principal porta de entrada a Atenção Primária a Saúde (APS). A possibilidade de uma vida mais digna faz com que esses indivíduos fixem moradia na cidade, e conseqüentemente expandam suas famílias. Neste sentido, a atenção a saúde destas crianças nascidas no Brasil requer uma implicação maior dos profissionais da saúde no sentido de acolher sua cultura e práticas de cuidados maternos e paternos. Considerando que é de responsabilidade da APS prover atendimento a essas famílias, durante seu ciclo de vida, entende-se que o profissional enfermeiro tem papel relevante no atendimento a essas crianças por meio da consulta de enfermagem, contudo para que essa seja efetivada de maneira satisfatória e resolutive é fundamental ter uma visão holística que valorize a interculturalidade. A consulta de enfermagem a criança ou puericultura é uma das formas de promover o acesso a crianças de origem haitiana aos serviços de saúde, respeitando as diferenças culturais e buscando estabelecer vínculo com a unidade de saúde. O objetivo desse relato de experiência é elencar as dificuldades encontradas na consulta de puericultura à criança haitiana. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência acerca do atendimento a crianças de origem haitiana e nascidas no Brasil, no contexto da puericultura realizado por enfermeiras de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Chapecó. A consulta de puericultura na UBS é previamente agendada e realizada com criança de zero a dois anos de idade pelo médico e enfermeiro de maneira alternada. O médico atende nesse período cerca de oito vezes a criança e o enfermeiro realiza nove atendimentos, após os dois anos é orientado que seja marcada, pelo menos, uma consulta de rotina ao ano. Resultados e/ou impactos: Com o aumento da imigração houve crescente número de gestantes estrangeiras e conseqüentemente de nascimento de crianças naturalizadas no país. Como qualquer cidadão, essas crianças são inseridas no sistema de saúde, via consultas de puericultura da unidade de saúde desde o nascimento e são acompanhadas durante seu crescimento e desenvolvimento. Em relação a esses



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

atendimentos foram percebidos alguns nós críticos que permeiam o atendimento dessas crianças como o alto índice de faltas nas consultas, comunicação ineficaz com os pais ou cuidadores, desconhecimento da cultura e valores haitianos por parte dos profissionais. Ao perceber o alto índice de faltas buscou-se explicar aos pais e/ou responsáveis pela criança, a importância da puericultura, porém observou-se pouca compreensão deles quanto a necessidade e benefícios desse acompanhamento regular, além disso, muitas crianças não eram trazidas pelos pais e sim por vizinhos e amigos, situação que aumentou a dificuldade de comprometimento com a procura pela consulta. A partir dessa dificuldade buscou-se intensificar o atendimento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que passaram a realizar busca ativa dos faltosos e entregar pessoalmente os agendamentos, ou seja, outros haitianos que, porém, mesmo assim, manteve-se o alto índice de absenteísmo nas consultas de rotina. Em relação a essa situação percebe-se que existe, por parte dos pais, uma concepção de que a unidade de saúde deve ser frequentada quando existe alguma doença em andamento ou para vacinação e não como um momento de avaliar o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, prestar orientações com vistas a promoção da saúde e estabelecimento de vínculos entre a família e profissionais de saúde. O nó crítico referente a comunicação relaciona-se a dificuldade de orientações, pois não existe domínio da língua portuguesa pelos haitianos e da língua falada por eles (crioulo haitiano ou francês) pelos profissionais. O enfermeiro no momento da consulta da criança nem sempre consegue ter compreensão do estado de saúde da criança a partir das informações trazidas pelos pais, por isso a avaliação fica limitada ao exame físico. Durante a consulta nem sempre se tem o entendimento real das necessidades da criança, sendo que os profissionais acabam tendo uma compreensão que talvez não seja a real, apenas baseada em sinais e tentativas de compreender o que os pais relatam. A comunicação eficaz é essencial para um atendimento resolutivo e de qualidade, garantindo que seja agregada importância da realização das puericulturas no cotidiano do usuário. Como terceiro nó crítico destaca-se as diferenças culturais que, muitas vezes, não conseguimos incorporar nos planos de cuidados. A cultura haitiana difere da brasileira em alguns pontos como, por exemplo: a presença paterna nas consultas, pois na sua cultura o homem tem maior responsabilidade com os filhos, não cabendo só a mulher acompanhar o atendimento de saúde. Diferenças de hábitos alimentares também são perceptíveis, porém existe abertura para negociação entre o enfermeiro e o paciente, nesse caso os pais da criança em atendimento. Na alimentação é perceptível que devido a alguns desses indivíduos terem passado fome e restrições alimentares, eles tentam fornecer o máximo de alimentos aos seus filhos. A prática do aleitamento materno exclusivo se torna de difícil convencimento, pois estes querem incluir desde tenra idade todos os tipos de alimentos. Cuidados de saúde em geral, práticas de higiene e até religiosas refletem algumas diferenças culturais e do modo de viver, sendo necessário adaptar-se e compreender a forma de pensar e viver dos pais dessa criança. Considerações finais: As diferenças culturais devem ser incorporadas como dispositivos de fortalecimento do vínculo com os profissionais e serviços, para que possam ser úteis para manter as crianças frequentando a UBS, diminuindo assim o índice de absenteísmo. Um dos pontos relevantes



nesse processo é a adequação de uma comunicação eficaz, em que o profissional e família possam ter um entendimento completo das necessidades. Para isso devem ser pensadas novas estratégias de abordagem para que a população haitiana tenha um atendimento resolutivo e mais próximo da sua cultura de origem. O enfermeiro como profissional que realiza as consultas de rotina da criança deve ter um olhar diferenciado, que alcance as diferentes individualidades e referências culturais.

Palavras-chave: Enfermagem; Imigração; Puericultura; Haitianos.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

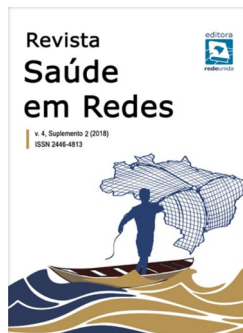
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CAMINHADA QUE SE FAZ COM O OUTRO AO MERGULHAR E CAMINHAR NO TERRITÓRIO SUBTÍTULO: RELATO DE UMA ARTICULADORA SOCIAL DO PROJETO REDES MULHER 3º CICLO - FIOCRUZ - SENAD

Patrícia Ludmila Barbosa de Melo

Resumo expandido

O presente relato reflete as andanças e trilhas percorridas, em 6 meses (junho a novembro de 2017), na função de Articuladora Social do 3º. Ciclo do Projeto REDES de Boa Vista - Roraima. Este arquivo aborda o “mergulho” no território logo após diagnóstico e mapeamento realizado nas macroáreas 3.0, 6.0 e 8.0 do SUS (13 bairros com alto índice de vulnerabilidade social), SUAS da capital e é uma produção processual reflexiva, analítica e avaliativa de como se deu o acompanhamento dos casos de mulheres em situação de vulnerabilidade, vítimas de violência e com relação problemática com uso de drogas, tanto na articulação com a rede, como na inserção nos serviços da rede de cuidados e proteção, com foco no fortalecimento, formação e ativação de fluxos de rede entre eles. O Projeto “Promoção de ações de articulação intersetorial para prevenção a violências, cuidado e inserção social de pessoas em sofrimento decorrente do abuso de substâncias psicoativas” (Projeto REDES), desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ em parceria com a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas - SENAD, é uma estratégia para fortalecimento da política de drogas localmente, por meio da articulação entre os setores. Apóia municípios no fortalecimento da governança local de política sobre drogas e articulação em redes de prevenção, cuidado e reinserção social por meio da criação e/ou fortalecimento regular de instâncias de gestão intersetorial da política, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários. Para alcançar e fortalecer os objetivos propostos pelo projeto foram contratadas, através de edital público, articuladoras para composição de um núcleo. Em Boa Vista, o núcleo contou com cinco articuladoras sociais, um interlocutor regional, uma coordenadora de território, uma supervisora local e duas articuladoras nacionais. Sendo uma das articuladoras selecionadas, minha atuação foi balizada no mapeamento do território / diagnóstico situacional realizado por ocasião da elaboração do I Produto do Projeto, ocorrido em julho e agosto de 2017, onde foi detectado desconhecimento, por parte de usuários, trabalhadores do SUS, SUAS, da justiça e outras áreas acerca da rede intersetorial para pessoas que possuem relação problemática com drogas, comprometendo o fluxo de atenção integral. Além disso, foi verificada fragilidade na abordagem e no debate sobre drogas, demandando criação de atividades para qualificar profissionais da Rede acerca de temas, como drogas, violência, desigualdade de gênero e rede de atenção intersetorial. Para isso o planejamento das ações da função de articuladora social foi organizado em duas linhas de trabalho: Atividades de Formação + Fortalecimento da Rede de Atenção intersetorial existente (com ênfase nos dispositivos das macroáreas de minha responsabilidade), através de estratégias de Educação Permanente e Atividades de Acompanhamento Terapêutico (às mulheres em conflito com a lei e as oriundas principalmente do Juizado Especializado de Proteção à Mulher - com



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

medidas protetivas), focando prioritariamente na integração, ativação e articulação da rede de cuidado e de proteção intersetorial às mulheres em situação de vulnerabilidade, vítimas de violência e que têm relação problemática com substâncias psicoativas - MVVVSPA ao passo que as ações de acompanhante terapêutica – AT de algumas mulheres com o perfil do projeto foram sendo desenvolvidas em ato no território de Boa Vista. Para ativação, qualificação e potencialização da rede foram utilizadas como estratégias oficinas, rodas de conversas, estudos de caso, reuniões, fóruns intersetoriais, itinerantes e instalações artísticas. Várias articulações foram feitas com pontos da rede de saúde, de assistência social, da justiça, segurança, educação, com organizações não governamentais, porém algumas merecem destaque, dentre elas, listo as executadas com a Defensoria Pública do Estado de Roraima, Juizado Especializado de Proteção à Mulher, Unidades Básicas de Saúde, CRAS, CREAS e Projeto Crescer. Ressalto que as redes “criadas”, tecidas, ativadas e fortalecidas a partir das diversas articulações disparadas e realizadas no território seguem com muita potência e há perspectivas que elas se fortaleçam, pois no 5º e último fórum intersetorial, uma das estratégias adotadas pela equipe do Redes em Boa Vista, ocorrido no mês de outubro, ficou acordado que o departamento estadual de saúde mental de Roraima assumirá a condução dos fóruns em 2018, após o término projeto na capital, já que o Fórum Intersetorial (conduzido em 2017 pela equipe do 3º ciclo, com apoio e cooperação técnica da equipe de supervisão nacional e interlocutor Regional) foi uma demanda do território e teve boa adesão, potentes discussões e construções, finalizando com a construção do mapa do território real e ideal, bem como o fluxo de rede para casos semelhantes aos acompanhados pelas articuladoras sociais durante a execução do projeto. A partir dessa produção coletiva será montada uma publicação, tipo fanzine, com todos os equipamentos da rede intersetorial existentes em Boa Vista, com atribuições, respectivos endereços e telefones, melhorando a resolutividade da atenção prestada. Logo, entendo que o 3º ciclo do Redes em Boa Vista conseguiu cumprir com os objetivos previstos no projeto e constantes no termo de referência, mesmo diante do pouco tempo para execução das diversas atribuições, associada a complexidade e diversidade das articulações. O que nos leva a crer que vivenciamos em Boa Vista momento propício à ativação e fortalecimento de redes de atenção integral, com foco no usuário e usuária do sistema. O Redes veio para contribuir com a manutenção da chama da resistência e união acesa, potencializando as redes já existentes, as formais e as viscerais, de base comunitária. É importante destacar que o Redes foi bem recebido, os atores do território se mostraram interessados em ‘ser parte e tomar parte’ do processo, relataram situações de vulnerabilidade que vivenciam no território, reconhecem a urgência de ações articuladas / intersetoriais e enxergam as articuladoras sociais como possibilidade de fortalecimento e dispositivos disparadores da lógica da cogestão da política, com princípios da cooperação e corresponsabilidade para garantir a expansão do acesso e acolhimento com qualidade para aqueles que necessitam de cuidado. Porém, percebo que haveria necessidade de mais tempo para continuar os acompanhamentos terapêuticos de MVVVSPA já iniciados e também para prestar melhor cooperação técnica do ponto de vista de ativação efetiva e afetiva das redes já existentes, pois apesar da potência de dispositivos da rede



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

informal, muitos destes não são acessados e nem reconhecidos como ponto de cuidado, ou seja, o foco ainda é concentrado na rede formal, ênfase em equipamentos do SUS e SUAS. Finalizo este relato reafirmando a importância do trabalho vivo disparado pelo Projeto Redes – 3º Ciclo no território de Boa Vista no ano de 2017 e esperamos que os deslocamentos causados sejam levados em conta para a prorrogação do projeto.

Palavras-chave: Redes Intersetoriais. Gênero. Violência. Drogas. Vulnerabilidade. Desigualdade social



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ESTIMATIVA DA EFETIVIDADE DA VACINAÇÃO DA COQUELUCHE ANTENATAL UM ESTUDO PRELIMINAR

Taine Tuziane Fischborn Andriolla, Vania Celina Dezotti Micheletti, Juliana Dourado Patzer, Ivone Menegolla, Sandra Maira Cezar Leal, Denise Antunes Zocche, Rosangela Barbiani, Priscila Schmidt Lora

APRESENTAÇÃO

A coqueluche é uma doença que causa infecção aguda do trato respiratório, sendo grande causa de morbimortalidade infantil. Seu agente infeccioso é a bactéria *Bordetella pertussis*. Ainda, no Brasil, é uma patologia de notificação compulsória, com visível redução de casos após a introdução da vacina Tríplice Bacteriana Infantil (DTP). Porém, desde 2011, observou-se um recrudescimento no cenário mundial, principalmente nas crianças menores de três meses. Assim, em novembro de 2014, o Ministério da Saúde (MS) ampliou o calendário de vacinação da gestante com a introdução da vacina Tríplice Absorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto (dTpa).

Esse estudo objetiva investigar a efetividade da vacina dTpa para gestante na prevenção da coqueluche em crianças menores de três meses no Rio Grande do Sul por inquérito telefônico.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

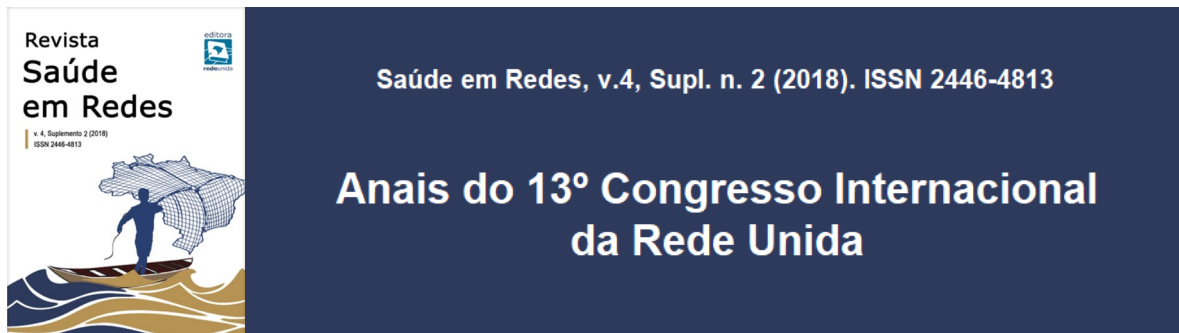
Estudo de coorte histórica, onde as informações dos usuários foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS-RS). Foram incluídos todos os casos notificados de coqueluche em crianças menores de 3 meses entre os anos de 2015 e 2016 e excluídas as notificações com duplicidade ou informações pendentes.

Para avaliação complementar, acessou-se: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) entre 2007 à 2015 e Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) no período de 2015 e 2016. E ampliação do SINAN de 2007 a 2015.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2017, via contato telefônico, através do número registrado na notificação. Foram excluídos da análise de efetividade, aqueles que não obtiveram sucesso de contato, após três tentativas de ligação.

Considerou-se variável dependente a infecção por coqueluche e como variáveis independentes a vacinação por dTpa na gestação, idade gestacional que recebeu a vacina, idade dos primeiros sintomas de coqueluche, recebimento de orientações sobre a vacina, local de realização do pré-natal (público, privado ou misto) e escolaridade da mãe.

Para a análise descritiva dos dados, utilizaram-se as distribuições de frequências simples, as medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade (desvio padrão). Utilizou-se o teste Qui-quadrado com correção de Yates quando mais de 20% das células apresentaram menos que cinco observações. Um valor de p inferior a 0,05 foi considerado significativo.



A efetividade da vacina dTpa na gestante em prevenir a coqueluche nas crianças menores de três meses foi avaliada: Efetividade da Vacina (EV) = 1 - Risco Relativo (RR), onde esse foi calculado pela razão da incidência dos expostos sobre a razão da incidência dos não expostos. Esses valores foram apresentados com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

O número das notificações de coqueluche em crianças menores de três meses, no Rio Grande do Sul (RS) entre 2007 a 2016, aponta que o período de 2012 apresentou 3,04 vezes mais casos que o ano anterior, e a partir de então, decresce até 2015. Da mesma se apresenta a proporção das notificações da doença e o número de nascidos vivos. Sobre a vacina dTpa nas gestantes houve um aumento de 61% na cobertura vacinal de 2015 para 2016.

Entre 2015 e 2016, na faixa etária avaliada, houveram 120 notificações, distribuídas igualmente entre os anos. A idade média dos primeiros sintomas foram 1,4 (DP: 0,7) meses. Foram obtidos contatos de 25 (31,3% n = 80) casos confirmados e 9 (22,5% n = 40) descartados. A perda no número de participantes da pesquisa foi homogênea entre os grupos (qui-quadrado $p=0,22$). Assim, as demais análises referem-se aos 34 casos contatos. Dentre os casos confirmados, as frequências dos critérios de confirmação foram: clínico-epidemiológico 12% (3/25), laboratorial 36% (9/25), e clínico 52% (13/25).

Dentre as participantes que afirmaram ter recebido a vacina dTpa, 6 (50% n=12) encaminharam a foto da caderneta de vacinação, estes todos tiveram filhos com menos de três meses com coqueluche confirmada. Uma sub análise do grupo das crianças com coqueluche confirmada por critério laboratorial, que as mães sabiam informar o status vacinal na gestação, mostra que 66% (4/6) destas eram vacinadas.

Quanto à idade gestacional da imunização, esta variou de 21 a 32 semanas e o tempo entre a vacinação e o parto variou de 4 a 10 semanas. Não houve diferença entre a frequência de vacinação e o local de realização do pré-natal. Sobre a informação acerca da vacina, 78,5% (n=14) das gestantes não vacinadas desconheciam a existência, e destas, 63,6% realizaram pré-natal na rede pública ou mista.

Na amostra estudada, a vacina dTpa na gestante apresenta RR 1,18 (IC95% 0,77-1,77), e a efetividade em prevenir a coqueluche na criança menor de três meses calculada foi inferior a zero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coqueluche é uma doença infecciosa com alta morbimortalidade. Atualmente, inicia-se a imunização ativa aos dois meses com a vacina pentavalente, seguindo aos quatro e seis meses e, somente após completar o esquema, pode-se ter garantia de imunização.

Refletindo o cenário mundial, no RS, o período de maior incidência de casos foi em 2012, apresentando 3 vezes mais notificações que no ano anterior. Porém, foi pontual decrescendo até 2015. Em contrapartida, percebe-se a ampliação da cobertura vacinal da dTpa para



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gestantes de 2015 para 2016. Contudo, em 2016, não houve redução no número de notificações na faixa etária analisada.

Uma sinalização alarmante é o número de gestantes que receberam a vacina e tiveram filhos com coqueluche confirmada (40% – 10/25). Onde uma pesquisa desenvolvida na Inglaterra aponta uma frequência de 15% de crianças com coqueluche entre mães vacinadas.

Uma limitação desta pesquisa se refere à perda de dados, porém foi semelhante entre os dois grupos. O motivo se deve a não localização da usuária, o que pode estar relacionado à qualidade do preenchimento das notificações. Onde quem preenche desconhece o valor epidemiológico do registro documental.

Nesse contexto, ressaltamos que esse estudo apresenta dados preliminares e que os resultados devem ser interpretados com cautela, o grande número de perda no contato telefônico pode impactar sobre os achados. Novas fontes de coleta de informações estão sendo estudadas, além da possibilidade de um acompanhamento prospectivo.

Percebeu-se que o grau de instrução e o local onde realizou o pré-natal (rede pública ou privada) não têm interferência quanto ao acesso/indicação à vacina. O motivo da não vacinação mais apontado pelas gestantes foi a falta de orientação. Portanto, estratégias para aumentar a cobertura vacinal envolvem a qualificação da equipe de saúde.

A coqueluche é cíclica, recrudescendo em cada três a cinco anos. Assim, é necessário seguir o acompanhamento por um período superior ao visto nesse estudo para avaliação da introdução da vacina dTpa no calendário de vacinação da gestante

A literatura aponta que a vacina da dTpa é segura para a gestante e para o recém-nascido, e parece impactar diante do número de notificações. Entretanto, para determinar a eficácia dessa, percebe-se a necessidade de realizar novas pesquisas com delineamentos prospectivos, minimizando perdas dos dados.

Outra necessidade é a tradução do conhecimento aos profissionais sobre a vacinação e ações de educação referente aos registros documentais. Facilitando a análise epidemiológica e a organização das políticas públicas, bem como o direcionamento das verbas.

Palavras-chave: Imunização Materna; Vacina Tríplice Bacteriana Acelular (dTpa); Notificação da Coqueluche em Neonatos e Lactentes; Efetividade dTpa; Tosse Convulsa



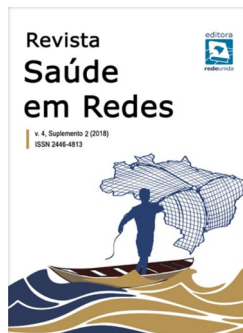
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: DESENVOLVIMENTO DE CHECK LIST ASSISTENCIAL

Nathieli Aparecida Da Silva, Naraiane Fatima Piana Pavan, Yasminne Ritta Marolli, Lucas Soares dos Santos, Olvani Martins Da Silva, Sandra Mara Marin, Adriana Gracietti Kuczmainski, Rosana Amora Ascari

Introdução: A segurança do paciente no ambiente hospitalar constitui preocupação das equipes de saúde pelo elevado número de complicações decorrentes da intervenção anestésico-cirúrgica. Fato que consolidou a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde, visando diminuir os erros médicos e o sofrimento do paciente, que no Brasil culminou com a Campanha Cirurgia Segura Salva Vidas em 2008. Nesse sentido, foi desenvolvido o checklist da Cirurgia Segura, elaborado por um grupo de peritos internacionais para auxiliar as equipes cirúrgicas a diminuir os casos de morbimortalidade cirúrgica. O referido checklist contempla três fases distintas: Identificação (antes da aplicação da anestesia), Confirmação (antes do corte cirúrgico – pausa com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes do cliente deixar a sala cirúrgica). Tal processo vem demonstrando melhoras nos índices de mortalidade, complicações, infecção e retorno não planejado ao centro cirúrgico. Os erros, geralmente cometidos pela equipe de saúde prejudicam não só o paciente, mas também a instituição, por dar margem a processos judiciais. A qualidade na assistência ao paciente, no que se refere a sua segurança, significa maior probabilidade de se obter os resultados desejados, sem incidentes. Nesse sentido, à pedido da Coordenação do Centro Cirúrgico do Hospital Regional do Oeste (HRO) em Chapecó-SC e em virtude do grande número de checklist existente no Centro cirúrgico, demandando muito tempo dos profissionais de enfermagem que circulam as salas cirúrgicas; em cumprimento as exigências legais do Conselho Federal de Enfermagem acerca do registro da assistência de enfermagem; bem como visando a segurança do paciente no período perioperatório, a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), por meio do Programa de Extensão intitulado “Cultura de segurança do paciente com foco no perioperatório” planejou o desenvolvimento de ações extensionistas para estimular a cultura de segurança do paciente no ambiente cirúrgico. Tal programa foi submetido ao Edital PAEX 08/2016 e após aprovação foi desenvolvido de março a dezembro de 2017. O Programa de Extensão contempla diferentes ações, entre elas o 1) Reconhecimento de indicadores de cancelamento cirúrgico e complicações no pós-operatório; 2) Mapeamento dos checklist utilizados no período perioperatório e proposição de checklist único; 3) Desenvolvimento de Portfólio norteador da visita pré-operatória de enfermagem e 4) Implementação da visita pré-operatória de enfermagem. Todas as ações propostas estão em consonância com as atividades já desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente hospitalar. **Objetivo:** Relatar a experiência acerca do mapeamento dos checklist utilizados pelo serviço hospitalar no período perioperatório e proposição de checklist único para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente num serviço



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

hospitalar público no oeste catarinense. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência vivenciado por estudantes e professores integrantes do programa de extensão "Cultura de Segurança do Paciente com foco no Perioperatório" do curso de enfermagem da UDESC Oeste, no primeiro semestre de 2017. Tal programa visa fomentar a cultura de segurança do paciente no período perioperatório em um hospital público do oeste de Santa Catarina, o qual é referência para 92 municípios, com abrangência dos três estados do sul. O HRO dispõem de sete salas cirúrgicas, atende diversas especialidades médicas com realização de aproximadamente 1.500 procedimentos/mês. Neste contexto, o serviço hospitalar contava com vários instrumentos para registrar a assistência prestada ao paciente no intraoperatório (n=11), incluindo controles de uso de materiais e equipamentos, o que demandava muito tempo da enfermagem para seu preenchimento, além do registro de informações duplicadas em diferentes instrumentos. Resultados: O processo de construção iniciou-se com a busca de referencial teórico para suporte na elaboração dos instrumentos, realizando uma investigação de conceitos, conteúdos e orientações relacionadas à ao processo cirúrgico. Inicialmente foi realizado o (re)conhecimento dos checklist's existentes no centro cirúrgico do HRO, sinalizando a existência de 11 (onze) checklist's, os quais contemplavam o registro de ações assistenciais e o controle de materiais e equipamentos de uso cirúrgico. Pela grande diversidade de informações, um dos docentes envolvidos na ação extensionista propôs a separação das informações assistenciais das informações de registro de materiais e equipamentos específicos. Assim, emergiu o desenvolvimento de dois Checklist: um assistencial denominado "Checklist Assistencial" e outro de controle identificado "Checklist de Materiais e Equipamentos". Desta separação por finalidade de registro da informação, descartaram-se as informações repetidas e sentiu-se necessidade de acrescentar informações para o registro da assistência ao paciente, sobretudo contemplando os elementos mínimos descritos para a cirurgia segura, além de organizar o registro da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP). O desenvolvimento e implementação do checklist favorece a cirurgia segura por auxiliar as equipes de saúde na diminuição dos casos de morte e danos ao paciente cirúrgico, que abrange a segurança do paciente antes, durante e após a cirurgia. Tal ação considerou a otimização de tempo, recursos humanos e financeiros, além de contribuir para a cultura de segurança do paciente cirúrgico. Após a construção dos dois checklist (Assistencial e de Materiais e Equipamentos), estes foram apresentados ao enfermeiro coordenador do centro cirúrgico o qual fez algumas considerações que foram acatadas pela equipe extensionista. Na sequência, os instrumentos foram apresentados à gerência de enfermagem, a qual solicitou aos enfermeiros assistenciais o desenvolvimento de um piloto, com a implantação nas unidades de internação cirúrgica (Posta A e B) durante uma semana, para posterior análise e proposição de melhorias, caso necessário. Os instrumentos foram testados na primeira semana de setembro/2017, com proposição de melhorias pelos enfermeiros assistenciais no próprio instrumento, tais como o aumento da letra e dos espaços para registro das informações do paciente, entre outros pequenos ajustes que foram acatados pela equipe extensionista. O Checklist Assistencial foi implementado no serviço em outubro/2017 com auxílio dos acadêmicos e docentes durante

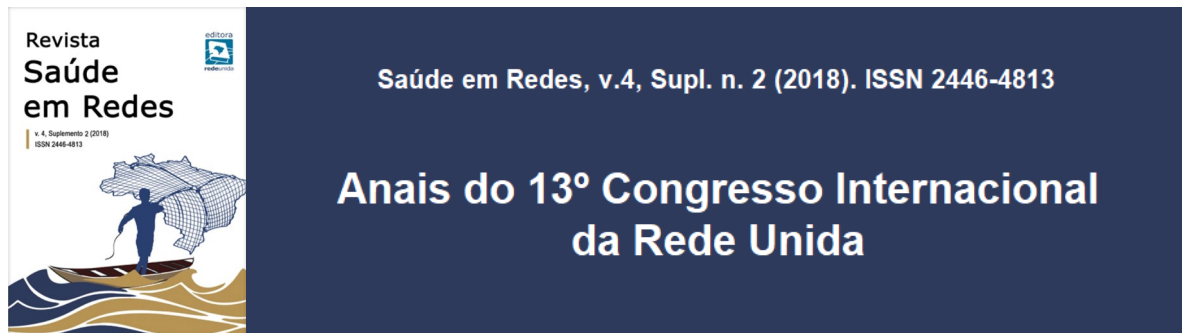


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

as atividades teórico-práticas de Enfermagem no Cuidado Perioperatório. O preenchimento inicia na unidade de internação e segue durante a assistência no centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica e novamente na unidade de internação, possibilitando o registro da assistência de enfermagem durante todo o período perioperatório. Tal ação permitiu aos participantes uma apropriação de conceitos e técnicas inerentes à enfermagem perioperatória, contribuindo para a formação profissional. Considerações finais: Com o mapeamento dos checklist, foi possível perceber o grande número de instrumentos utilizados muitas vezes com informações repetidas. A unificação do instrumento possibilitou a continuidade da assistência, individualizada e documentada, além de fomentar e assegurar a segurança do paciente no ensino e no serviço. Torna-se imprescindível realizar capacitação com todos estes profissionais a fim de sensibilizá-los sobre a importância do uso correto do checklist assistencial em todas as fases cirúrgicas. Assim, faz-se necessário o aprimoramento do trabalho em equipe, visto que a aplicação do checklist de cirurgia segura tem o intuito de promover a segurança do paciente cirúrgico proporcionando um ambiente seguro e comunicação interpessoal eficiente entre os componentes da equipe cirúrgica e as unidades de internação.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Checklist; Enfermagem perioperatória; Gerenciamento dos Serviços em Saúde.

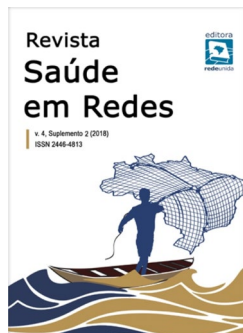


SAÚDE DE QUEM CUIDA: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UM GRUPO TERAPÊUTICO NA COMUNIDADE AMARANTINA DO CEARÁ

José Edmilson Silva Gomes

Apresentação: A estratégia de cuidado em saúde vem por meio de uma proposta de revitalização em grupo nos espaços naturais em comum da comunidade com práticas corporais em Medicina Tradicional Chinesa em interface com a Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (público-alvo) e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), preconizados nas políticas públicas de direito no Sistema Único de Saúde (SUS), porém, pouco utilizadas ou pesquisadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como registrado pela literatura atual sobre a temática envolvida, visto uma série de dificuldades no contexto de ampliação do acesso as PICS, formação profissional e entendimento da comunidade sobre estas práticas, o que leva a pensar sobre as formas de cuidado tecnicistas e rígidas que ainda persistem no âmbito da saúde pública na contemporaneidade, o que gera desafios, mas com premissa de mudanças significativas dentro da micropolítica na área da saúde onde justifica-se a relevância deste estudo e prática profissional para comunidade social e meio científico, em novas configurações de vínculos e demandas de saúde para além do âmbito biomédico em questão. Uma iniciativa pelo processo político-pedagógico da prática profissional na modalidade de Residências em Saúde pelo qual o autor está inserido no programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS – ESP/CE) com ênfase em Saúde da Família e Comunidade no município de São Gonçalo do Amarante, Ceará. O objetivo desta pesquisa é apresentar estratégias de promoção e assistência à saúde do grupo terapêutico ‘Saúde de Quem Cuida’ na comunidade amarantina do Ceará.

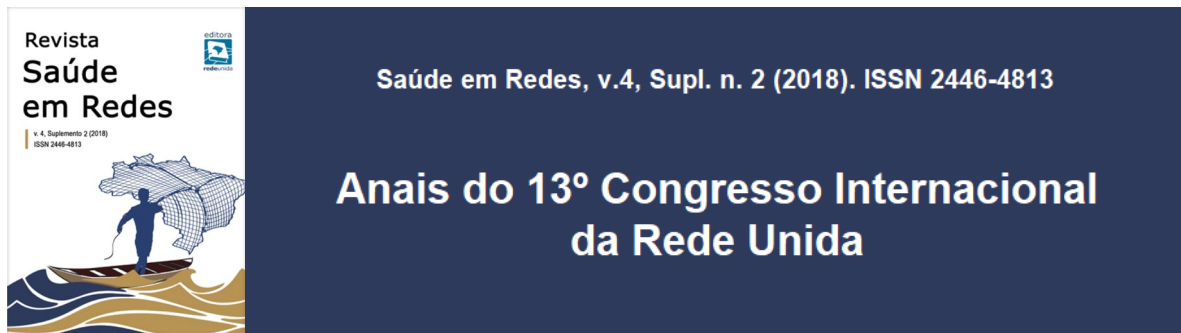
Desenvolvimento do trabalho: O método utilizado consiste em um relato de experiência do grupo terapêutico ‘Saúde de Quem Cuida’ que surgiu a partir da demanda da Fisioterapia por afecções osteomioarticulares como as dores, encurtamentos musculares, osteoartroses comuns entre trabalhadores e trabalhadoras do município, onde este grupo em sua maioria faz parte das unidades básicas de saúde que a RIS ESP/CE faz parte dentro do território amarantino localizado na cidade de São Gonçalo do Amarante, Ceará. Para este estudo utilizou-se o gentílico “amarantino” pois abrange todo o território, a ideia é ampliar o acesso e não limitar por microáreas. Por ventura, foi criado o grupo terapêutico pelo autor em virtude da visão sanitaria em promoção e prevenção de saúde com estratégias de cuidados em saúde para a comunidade, o grupo iniciou no mês de junho de 2017 (ativo no momento) e já conta com mais de 10 encontros e no máximo de 36 pessoas associadas e em participação efetiva a cada grupo uma média 15 pessoas, o mesmo acontece quinzenalmente na Lagoa da Prejubaca (espaço aberto em campo natural) e nos intervalos semanais acontecem os atendimentos individuais (Unidade Básica de Saúde – Sede I) para os casos mais comprometidos dentro do próprio grupo, estes casos são mensurados através da fala dos mesmos após a finalização dos encontros, onde relatam para o facilitador suas demandas físico-emocionais, onde serão feitas avaliações cinesiológicas funcionais sobre o processo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

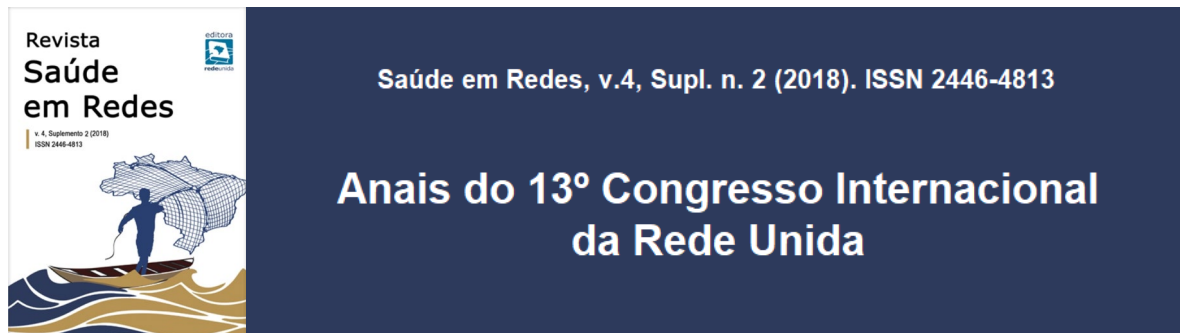
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

saúde-doença dessas pessoas trabalhadoras, individualmente. As principais atividades realizadas são técnicas de relaxamento muscular, atividades psicomotoras, dinâmicas de acolhimento em Educação Popular, alongamentos, movimentação harmônica, Lian Gong, técnicas de respiração, meditação guiada (mindfulness) e pilates no solo, sempre em supervisão e acompanhamento pelo profissional residente de Fisioterapia com experiência de atividades em grupos terapêuticos, tem duração de 50 minutos a uma hora cada encontro, o grupo terapêutico é organizado a partir de uma rede social, por meio de divulgação pessoal nas Salas de Espera em Unidades Básicas de Saúde, Secretaria de Saúde da cidade, para as equipes de referência e Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município amarantino do Ceará (favorecendo aos que não tem acesso aos meios midiáticos), o grupo atualmente tem pessoas de diferentes faixas etárias, principalmente, frequentado por mulheres, algumas levam seus filhos e filhas, outros profissionais da saúde também estão participando, uma nutricionista, psicólogas, médico, dentista, agentes comunitárias de saúde, enfermeiro/enfermeira e usuários/usuárias do SUS. Resultados e/ou impactos: As experiências adquiridas tanto pelo facilitador/autor, no sentido de fortalecimento de vínculo no que cerne a ampliação do acesso e favorecimento do processo de articulação do grupo, quanto positivamente a comunidade tem demonstrado significativamente eficácia e poucos níveis de absenteísmo nos encontros, isso justifica-se pela contextualização das práticas a cada momento de práticas, propiciando aprendizagem mútua no entendimento, evolução do grupo, propriocepção, equilíbrio corporal e atenção plena, mensurados através dos momentos de finalização dos encontros que são facilitados espaços de falas para as vivências do grupo terapêutico. Em virtude dos métodos utilizados neste relato, o vínculo destaca-se como potencial facilitador e transformador das afecções que mais surgiram nos primeiros encontros, atualmente conseguimos perceber em grupo uma mitigação ou melhora nas disfunções relacionadas a socialização, encurtamentos musculares e dores musculares (pela fala das participantes nos momentos de trocas experienciais e os casos mais comprometidos, atendidos individualmente em consultório). Os maiores impactos são vistos pela oportunidade de acesso aos espaços gratuitos no território, eficácia das técnicas e abordagem diferenciada através do aprendizado significativo, e vínculo construído no grupo, os efeitos são diversos no discurso e sentimento prazeroso das pessoas após cada encontro, cada mensagem positiva nas redes sociais, no partilhamento dos ganhos físicos e mentais, além dos exercícios respiratórios para uso diário com diminuição do estresse proveniente dos processos trabalhistas. O espaço onde acontecem as práticas de cuidado em saúde são oferecidos em ambiente aberto para favorecer as práticas respiratórias e o contato simbólico e energético da abordagem em Medicina Tradicional Chinesa, uma paisagem natural entre o lago principal da cidade, com pôr do sol (o horário favorece as práticas para quem trabalha no turno comercial), entre os carnaubais e uma academia ao ar livre que já existia nas proximidades (iniciativa pública), desta forma criou-se uma identidade para o grupo, na perspectiva de revitalizar esse espaço para promoção de qualidade de vida dessas pessoas trabalhadoras e usuárias do SUS. Considerações finais: Considera-se que esta prática inovadora no território como proposta de cuidado em saúde trouxe diversas formas relevantes



e simbólicas para Comunidade Amarantina do Ceará, no que condiz as principais demandas apresentadas pelas pessoas participantes, cumprido assim o papel sanitário enquanto profissional residente na perspectiva da clínica ampliada durante sua experiência no grupo terapêutico 'Saúde de Quem Cuida'.

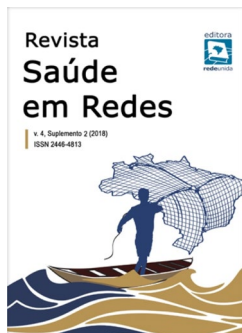
Palavras-chave: Promoção da Saúde; Práticas Integrativas e Complementares; Saúde do Trabalhador.



PROJETO EDUCA-ART SAÚDE PROMOVENDO SAÚDE E APOIO ÀS MULHERES DA CASA ROSA ATRAVÉS DA ARTETERAPIA

Jéssica Naiara Silva Vieira, Marlyara Vanessa Sampaio Marinho, Françoise Gisela Gato Lopes, Fabiana Santarém Duarte, Rebeqa Santos da Fonseca, Suan Kell dos Santos Lopes, Ana Eliza Ferreira Pinto, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício

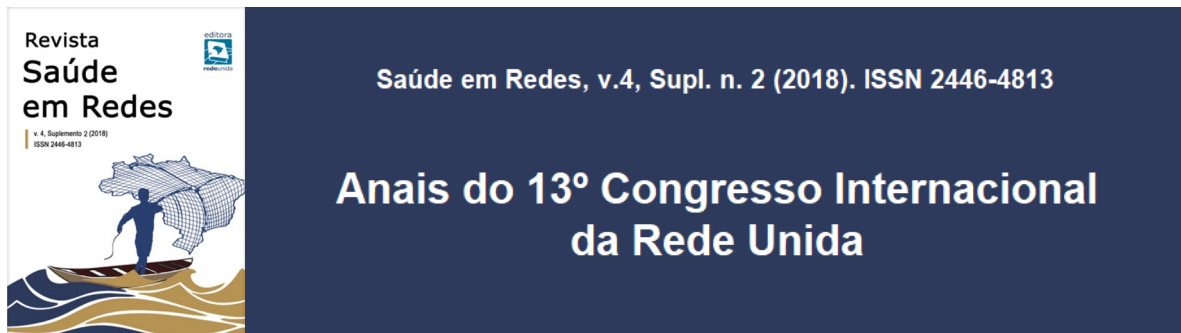
Apresentação: A “Casa Rosa” trata-se de uma casa de apoio para as mulheres que estão passando pela fase de tratamento do câncer, ela hospeda mulheres de diferentes regiões, próximas ao município de Santarém-Pará, que estejam fazendo tratamento de câncer em um hospital de média e alta complexidade localizado no município. Como algumas mulheres não tem onde se hospedarem devido serem de comunidades ribeirinhas ou de locais mais afastados, a Casa Rosa é uma ótima proposta para fazer esse processo de acolhimento. Nesse local elas recebem todos os cuidados necessários, desde alimentação a oficinas terapêuticas. A arteterapia alicerçada ao cuidado das mulheres com câncer auxilia em um maior contato com o próximo, a ampliação da habilidade de se expressar, bem como, do valor e do re-valor da vivência por meio do contato com o processo criativo. Outro ponto importante, é a obtenção de atitudes mais ativas e pró-ativas frente as dificuldades enfrentadas na vida. A Casa Rosa conta com a ajuda da Associação “Amigos do Peito”, patrocinadores e voluntariados, todos com o objetivo de promover conforto e ajudar no processo de tratamento oncológico dessas mulheres. Para um município amazônico, como Santarém, rodeado de regiões ribeirinhas, no qual os ribeirinhos quando necessitam ir a cidade hospedam-se em barcos da linha, ter uma casa de apoio como essa a quem necessita, é de elevada importância e relevância. Desenvolvimento do trabalho: Trata – se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido com as pacientes que estavam na Casa Rosa “Associação Amigos do Peito”, no dia 11 de março de 2017. Foi realizado ação de arteterapia por meio do projeto EDUCA-ART Saúde, em Santarém – Pará. Os materiais utilizados para desenvolver as atividades foram: papéis A4, lápis de cor, giz de cera, canetinha colorida, espelho, linhas coloridas, tesoura, missangas, argolas com correntes para chaveiro e palitos. O projeto trabalhou com as mulheres e acompanhantes que estavam hospedadas na casa nesse dia, foi proposto primeiro uma atividade “dinâmica do espelho”, na qual as mulheres deveriam se olhar no espelho e desenhar ou escrever como elas se viam, o grupo deixou livre para elas escreverem o que quisessem, seus sonhos, objetivos, suas histórias. Alguns dias anteriores o grupo confeccionou um painel para que tudo que fosse registrado pelas mulheres pudesse ser exposto, para as outras que se hospedassem futuramente, poderiam conhecer um pouco da história de cada uma. Outra técnica apresentada às mulheres foi a confecção da mandala, utilizando-se de linhas coloridas, palitos, missangas para enfeitar e argolas com correntes para confecção de chaveiro com a mandala. A mandala foi outra técnica utilizada, sabe-se que mandala têm como significado “círculo” e que esta tem um perfil geométrico, representando um dinamismo na relação entre o homem e os cosmos. Diferentes mandalas despertam diferentes sensações. Utilizar a subjetividade com as mulheres com câncer,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

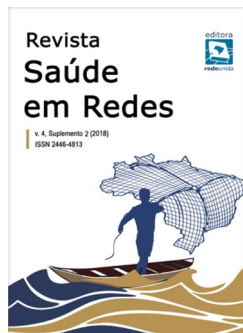
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

desperta nelas tanto os benefícios da arteterapia, como o acreditar em algo divino. Resultados e/ou impactos: Durante a realização das atividades, algumas mulheres sentiram dificuldades para efetuar o que foi proposto, devido estarem se sentindo indispostas ou fracas, as integrantes do grupo auxiliaram-nas para que todas pudessem participar das dinâmicas. Algumas mulheres choraram ao fazer a dinâmica do espelho, e as participantes do projeto prestaram auxílio através da conversa, deixando-as a vontade para que pudessem desabafar, e iam registrando no papel tudo que as mulheres pediam. As acompanhantes também participaram na produção das mandadas, aquelas mulheres que não conseguiram confeccionar, as voluntárias do projeto montaram para elas, deixando que elas escolhessem as cores dos fios e as decorações. A escolha da cor do fio exprime muitas vezes a subjetividade das mulheres, visto que é disposto na mesa fios de diversas cores, dos tons mais escuros aos mais claros. As terapias propiciaram um momento descontraído e relaxante para as mulheres, assim como, as aproximou de atividades antes realizadas por elas. As mesmas relataram da importância de ocorrer projetos como esse, visto que muitas vezes se leva mais em conta somente o tratamento efetuado dentro dos hospitais e o em domicílio, o interior e subjetivo como não importante. Isso foi impactante tanto para elas quanto para as acadêmicas, futuras profissionais de saúde. A atividade foi bem aceita por todas, apesar de algumas sentirem dificuldades devido ao seu estado físico, algumas mostram muito entusiasmo por aprender uma técnica nova de artesanato. As técnicas terapêuticas que foram propostas, ainda não haviam sido desenvolvidas por elas em outros momentos. De acordo com as mulheres, realizar atividades diferenciadas auxilia no ócio, visto que, atividades repetidas, as deixam mais monótonas. Considerações Finais: O tratamento do câncer é um processo que causa muito sofrimento a pessoa acometida, além dos problemas físicos causados pela doença e pelos processos de quimioterapia e radioterapia, o indivíduo fica mais fragilizado psicologicamente, precisando de apoio emocional. A proposta de levar atividades artísticas para a mulheres que estão passando por esse processo é uma ótima para que elas possam se distrair, compartilhar suas angustias, socializar e aprender algo novo. É importante enfatizar que o tratamento humanizado não começa somente dentro do ambiente hospitalar, mas também ele se faz a partir de pessoas que tem em mente a vontade de ajudar aqueles que precisam, através do trabalho voluntário, contribuindo para a o processo melhora desses indivíduos. O voluntariado realizado por acadêmicos da área da saúde incita-os a serem futuros profissionais mais humanizados, e com isso, permite que esses tenham um olhar e escuta mais qualificada, assim como, os aproxima do que de fato é o outro lado da terapêutica, aquele que não é realizado no hospital, mas que contribui para o avanço da terapêutica. A vivência na casa de apoio a mulheres com câncer permitiu que as mulheres pudessem realizar atividades que não fossem diretamente relacionadas ao estar doente, bem como, não enfatizou o fato de isso estar acontecendo, o que de certa forma as aproximou de aptidões que elas já tinham, mas que haviam parado para realizar o tratamento em outra localidade. Foi de grande relevância para as participantes (tanto as mulheres da casa, quanto acadêmicas) a experiência vivenciada como um todo, a bagagem de



aprendizagem terapêutica, pessoal e profissional foi como um leque de futuras outras possibilidades.

Palavras-chave: Arteterapia; Promoção da Saúde; Mulheres



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO RENAL EM SERVIDORES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR NO OESTE DO PARÁ E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NESSE CONTEXTO

Fabiana Santarém Duarte, Ana Eliza Ferreira Pinto, Suan Kell dos Santos Lopes, Juliana Silva Araújo, Simone Aguiar da Silva Figueira, Cassiano Junior Saatkamp

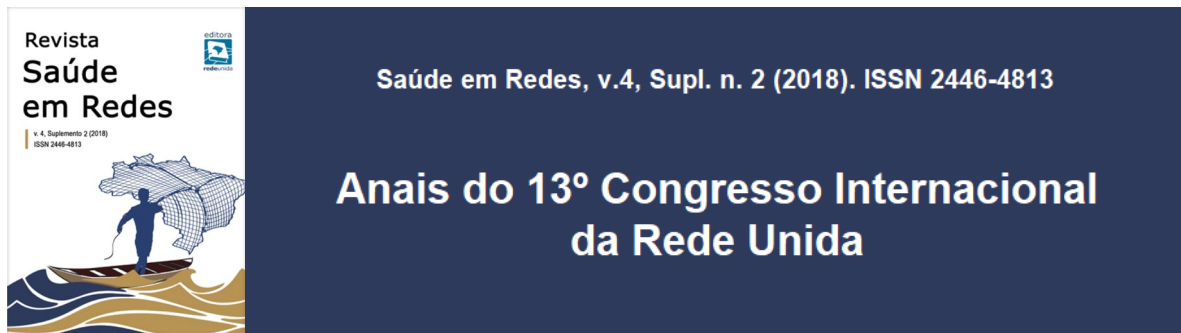
Apresentação: Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Brasil, a incidência de doença renal está crescendo e os custos dos tratamentos são altíssimos, sendo cerca de 89% dos custos de responsabilidade do sistema único de saúde, por isso, tem-se realizado campanhas de conscientização sobre outras patologias como obesidade, diabetes e hipertensão arterial, que são tidos como fatores de risco para a doença renal. Os rins estão localizados acima da cintura, entre o peritônio e a parede posterior do abdome, apresentando duas faces sendo uma anterior e outra posterior, e duas bordas medial e lateral. Subdividindo-se em duas regiões: cortical, mais externa, e medular, mais interna e as unidades funcionais que são os néfrons, funcionando alternadamente, conforme as necessidades do organismo. O rim é um órgão complexo, responsável por filtrar os resíduos metabólicos do sangue, reabsorver substâncias filtradas necessárias para o organismo (incluindo proteínas de baixo peso molecular), manter a homeostase, identificar e responder ao excesso ou deficiência de água e eletrólitos no organismo, alterando o ritmo de reabsorção e secreção dessas substâncias. No entanto, quando alguma patologia o acomete, alguns desses processos ou todos podem ser afetados como a Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Assim, avalia-se a função renal, principalmente a partir da verificação da TFG, definida como o volume plasmático de uma substância que pode ser completamente filtrada pelos rins em uma determinada unidade de tempo, ou seja, é a medição de quantos mililitros de sangue é filtrado por minuto, vista como o melhor marcador de função renal em indivíduos. A filtração glomerular ocorre quando o sangue passa pelo rim, mais especificamente no glomérulo, onde o teste para avaliá-la é feito através da dosagem da Creatinina sérica e Uréia, sendo também um indicador do número de néfrons funcionais. O comprometimento da TFG está relacionado com diversos fatores, dentre eles: Obesidade, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, além disso, o processo de envelhecimento também pode afetá-la, visto que após os 50 anos de idade há uma diminuição da TFG em cerca de 10 mL/min em cada década, constituindo um outro fator de risco. Com isso, o objetivo desse trabalho é avaliar a TFG para identificar a Prevalência da Disfunção Renal em servidores públicos de uma Universidade Estadual no Oeste do Pará e a atuação do enfermeiro nesse contexto. Desenvolvimento: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, obtido a partir da realização de uma ação em saúde abordando o “Diagnóstico de Doenças Metabólicas” em servidores públicos, desenvolvida pelos acadêmicos do terceiro semestre do curso de Enfermagem e seus Docentes. A ação foi realizada entre os dias 14 e 29 de abril de 2016, com o intuito de cumprir com a Atividade Curricular do Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, tendo sua amostra composta por 39 participantes. Para isso utilizou-se a metodologia da



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

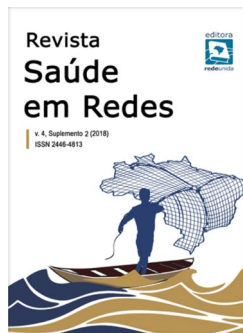
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

problematização, conhecida como Arco ou Método de Maguerez, que pode ser definido em cinco etapas: 1. Observação da realidade; 2. Ponto chave; 3. Teorização; 4. Hipótese de solução e 5. Aplicação à realidade. Todos os participantes foram respeitados e esclarecidos sobre a Pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo aplicado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPA Campus XII conforme parecer 1.318.965, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para coleta dos dados foram realizadas coletas de sangue, aplicação de questionários que investigava as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, profissão, renda, histórico familiar, atividades realizadas no tempo livre, hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, avaliação antropométrica e aferição de Pressão Arterial (PA). A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva, de acordo com o agrupamento de cada fonte de coleta de dados, assim descrita: os dados dos questionários foram lançados em planilhas e processados por meio de recursos de estatística descritiva, mediante a utilização do programa Excel (Microsoft para Windows-2013), já os resultados das dosagens bioquímicas foram analisados com base em sistema internacional de padronização. Para a avaliação do comprometimento renal, tomou-se como base a classificação da NKF (National kidney foundation) que diz que a TFG é classificada em cinco estágios: Normal (> 90 ml/min), Leve (60-89 ml/min), Moderada (30-59 ml/min), Severa (15-29 ml/min) e Falência renal (< 15 ml/min). Análise dos dados antropométricos e da PA seguiram os critérios de classificação adotados pelo Ministério da Saúde. Resultados: No primeiro dia, estiveram presentes 39 servidores sendo 59% mulheres e 41% homens, onde foi realizado a assinatura de TCLE, aplicação de questionários objetivando traçar o perfil dos participantes (sexo, idade, escolaridade, profissão, renda, histórico familiar, atividades realizadas no tempo livre, hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas), e posteriormente feito a avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial e coleta dos materiais para análise bioquímica. Com o objetivo de avaliar a Prevalência da Disfunção Renal nesses servidores, voltamos nosso interesse apenas para as dosagens de Uréia e Creatinina. Após a análise dos dados identificamos que dos 39 participantes, 62% apresentaram diminuição da TFG, sendo 54% classificados como Diminuição Leve, 8% como Moderada, e 38% apresentaram níveis normais. Quanto à Diminuição Severa e Falência Renal não foram detectadas. Os participantes que apresentaram Disfunção Leve estavam entre a faixa de 18 a 29 anos (23%), IMC normal (33%), HDL baixo (28%), ingerem menos de 2L de líquido diariamente (36%) e Pressão Arterial Sistólica normal (49%). Já aqueles que apresentaram Disfunção moderada estavam entre a faixa etária de 18 a 39 e maior que 50 anos (9%), IMC normal (5%), HDL baixo (5%), ingerem menos de 2L de líquidos diariamente (5%) e Pressão Arterial Sistólica normal (5%). No segundo dia, em posse dos resultados voltamos a nos reunir com os servidores para mostrar os resultados e conscientizá-los, através de atividade educativa, a manter sua qualidade de vida e naqueles casos que apresentaram maiores comprometimentos foram orientados a procurarem ajuda médica. Além disso, contamos com a ajuda de alunos do curso de Educação Física que ensinaram práticas da ginástica laboral para serem realizadas durante período de trabalho. Considerações Finais: Bons hábitos como beber água, realizar



exercícios físicos e ter uma alimentação saudável contribui para um bom funcionamento do nosso organismo, assim como, contribui para a manutenção dos nossos rins que desempenham funções principais de remoção de substâncias indesejadas, reabsorve albumina, secreta hormônios para um melhor controle do volume da pressão arterial, do cálcio, do fósforo e da formação de hemácias. Neste contexto, o enfermeiro possui funções como educar, diagnosticar, monitorar o cliente, solucionar situações de evolução rápida, administrar e acompanhar protocolos terapêuticos, além do compromisso ético e profissional, por isso é um dos grandes responsáveis por incentivar o autocuidado à saúde visto que é o profissional de saúde que desempenha suas atividades com mais proximidade aos pacientes. A atuação do enfermeiro na prevenção e progressão das patologias renais se traduz na assistência prestada de forma assistemática aos pacientes na atenção básica em saúde, sem discriminar ações específicas da prevenção e da progressão, como sendo um processo inseparável.

Palavras-chave: Palavras-chave: Disfunção renal; Rins; Taxa de Filtração Glomerular



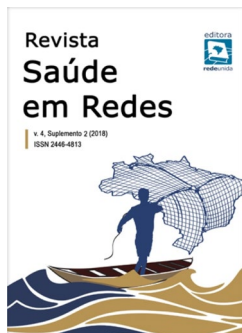
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

Helen Soares de Lima, Davi Emmanuel Malcher de Carvalho, Juliana Reis Pereira, Maria do Socorro da Silva Mota

O diabetes mellitus é um problema de saúde pública mundial atingindo mais de 400 milhões de pessoas, sendo que 16 milhões de brasileiros possuem a doença. Trata-se de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos dos carboidratos, lipídios e proteínas que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A história natural da doença é marcada pelo aparecimento de complicações que geram elevada morbidade e mortalidade e comprometem a produtividade e qualidade de vida dos doentes e seus familiares. Sua prevalência é crescente e em decorrência disso, trata-se de uma das doenças crônicas de maior impacto socioeconômico para o sistema de saúde pública. Devido a isso, é de extrema importância que cada unidade de saúde obtenha o perfil de sua população para, dessa forma, identificar pacientes em risco e promover orientações adequadas. A partir disso, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil socioepidemiológico de pacientes diabéticos. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEPA, parecer nº 2.221742/2017 e para sua realização foi utilizada uma amostra de 26 indivíduos com diabetes mellitus tipo II, de ambos os gêneros, atendidos e cadastrados na Unidade Básica de Saúde do bairro Santíssimo, no município de Santarém/Pará. Inicialmente os pacientes foram informados sobre a pesquisa durante as reuniões de grupo feitas pela unidade de saúde (Grupão Hiperdia) e convidados a participar da mesma. No total foram feitas visitas a quatro grupões, que ocorriam semanalmente, sempre as quintas feiras. Os que tiveram interesse em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e para a coleta de dados foi feita uma entrevista com cada um dos pacientes, que responderam a uma ficha de levantamento socioepidemiológico. Os dados foram coletados e armazenados em um banco de dados e em seguida, foram submetidos a análise descritiva quanto a frequência. Como resultados verificou-se que dos pacientes avaliados 65,38% eram do gênero feminino e 34,62% do gênero masculino. Mesmo com esse resultado é importante ressaltar que não se pode afirmar que o diabetes seja mais frequente em mulheres, pois, há prevalência semelhante da doença entre homens e mulheres nas diversas faixas etárias. A maior quantidade de mulheres participantes da pesquisa pode estar relacionada à maior procura aos serviços de saúde e maior disposição das mesmas em participar de pesquisas sobre o tema, colaborando assim para a maior oportunidade de diagnóstico. A idade dos pacientes variou entre 42 e 87 anos, com média de 66 anos. É consenso o predomínio de diabetes tipo II em indivíduos com idade mais avançada, principalmente a partir da quinta década de vida, em face do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional. A idade vem sendo considerada um fator de risco



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

para o desenvolvimento da doença já a partir dos 45 anos, devendo-se como prevenção realizar a partir dessa idade a glicemia de jejum a cada 3 a 5 anos. Com relação ao tempo de estudos em educação formal, foi predominante os indivíduos com ensino fundamental incompleto 65,38%, indicando baixa escolaridade. Em relação a profissão, mais da metade (53,84%) dos indivíduos exerce apenas atividades domésticas, e 23,08 são aposentados. Essas características socioeconômicas podem ser fatores de risco para surgimento de complicações decorrentes do diabetes, principalmente em decorrência da falta de acesso a informação e serviços de saúde, além da possível dificuldade de compreensão dos mecanismos da doença, comprometendo assim os auto cuidados, principalmente com os pés e a adesão adequada ao tratamento. Em relação ao perfil epidemiológico houve uma distribuição equilibrada entre indivíduos com 1 a 5 anos de diagnóstico da doença (34%), entre 5 e 10 anos (30%) e mais de 10 anos (30%). Atualmente, sabe-se que muitos indivíduos diabéticos são assintomáticos e a doença pode já estar instalada até uma década antes de se obter sua confirmação, assim, independente do período de diagnóstico, o controle e rastreamento das complicações crônicas deve ser iniciado o mais breve possível. Além disso, verificou-se que a medicação mais utilizada foi a metformina (adquirida na própria Unidade Básica de Saúde), o que está de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes que a indica como medicação de primeira escolha para pacientes diabéticos tipo II, agindo através da diminuição da produção hepática de glicose, aumentando a sensibilidade do fígado à insulina e a captação de glicose nos músculos, tendo como vantagem a redução da hemoglobina glicada, sem riscos de hipoglicemia, e de contribuir para a diminuição do peso ou, pelo menos, para a sua manutenção. Como fatores de risco para o surgimento da doença foram relatados principalmente os antecedentes familiares (69%), resultado esse esperado, visto que o diabetes tipo II tem um importante componente genético; a comorbidade hipertensão arterial sistêmica (HAS) (57%) e o tabagismo (19%). HAS é a comorbidade mais comum associada ao diabetes mellitus, essa associação é capaz de aumentar significativamente o risco de eventos cardiovasculares. Já a redução do consumo de cigarro é essencial visto que o tabagismo associa-se ao mau controle do diabetes, como malefícios a nicotina desencadeia respostas adrenérgicas que aumentam os valores de glicose, suprimindo a produção de insulina, também produz vasoespasmo e aumenta a possibilidade de insuficiência vascular periférica, sendo que fumantes estão mais expostos ao risco de amputação de membros inferiores. Por ser a hipertensão descompensada e o tabagismo fatores de risco para o desenvolvimento de alterações, a intervenção rigorosa sobre eles pode retardar ou mesmo prevenir o surgimento das complicações crônicas. A partir desses resultados, percebeu-se que a obtenção do perfil socioeconômico e epidemiológico da população atendida em uma Unidade Básica de Saúde é essencial. Na Unidade estudada, inserida em uma cidade no interior da Amazônia, a partir do conhecimento obtido sobre as características e os fatores de risco que os pacientes apresentam, os profissionais podem então planejar estratégias diferenciadas e específicas de prevenção, orientação e tratamento integral, utilizando uma abordagem direcionada, mais simples, lúdica

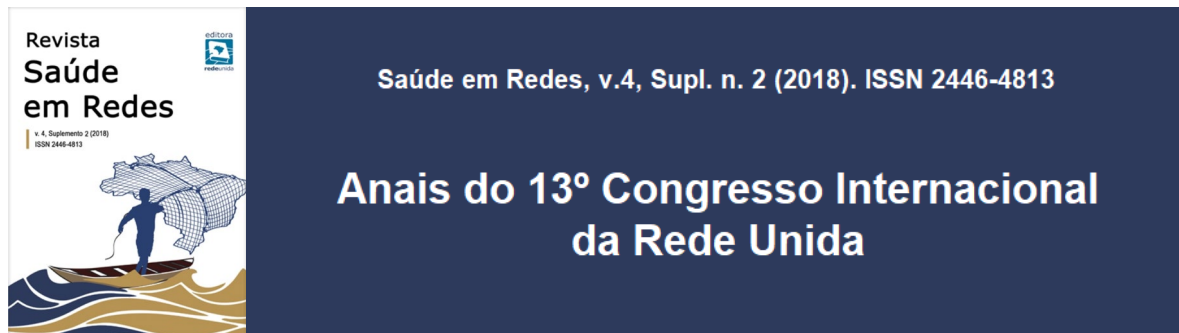


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e compreensível com o intuito de atingir esse público de maneira satisfatória e eficaz, evitando-se assim, evasão das atividades e do acompanhamento na Unidade.

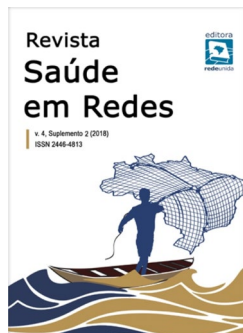
Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Saúde Pública. Epidemiologia



VISITA TÉCNICA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO ARQUIPÉLAGO DO COMBÚ/BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro, Aline Presley Pingarilho de Carvalho, William Dias Gomes, Bruno Thiago Gomes Baia, Kethully Soares Vieira, Paula Emannuele Santos do Amaral, Samantha Modesto de Almeida, Widson Davi Vaz de Matos

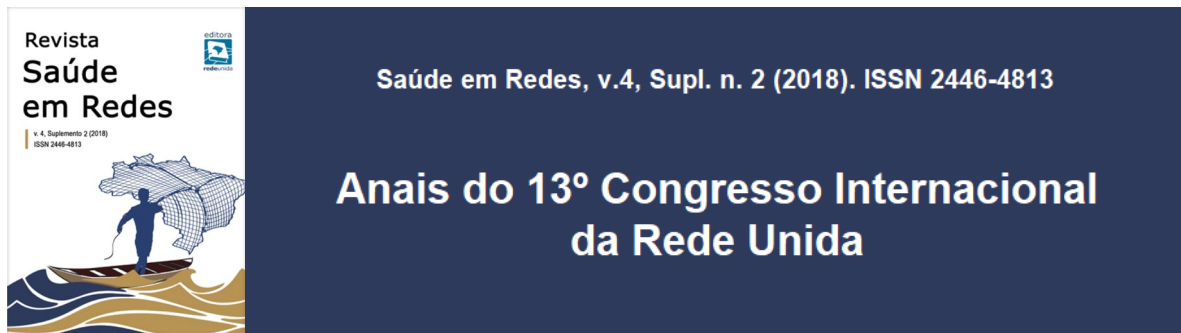
Apresentação: As populações tradicionais são caracterizadas pelas suas especificidades, como seus hábitos de vida, meios de produção e reprodução social relacionada com o meio ambiente. Essas populações se diversificam em raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de trabalho e tecnologia, grupos sociais e econômicos, ecossistemas e de uma vasta biodiversidade. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a portaria nº 2.866 de 2011 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), visando à promoção e prevenção à saúde dessas comunidades através de ações considerando suas especificidades, objetivando maior acesso aos serviços de saúde reduzindo agravos e risco e a melhora da qualidade de vida dessas populações. Essa política baseou-se nas desigualdades e necessidades que as populações tradicionais (ribeirinhos, quilombolas, indígenas, rurais e florestais) apresentavam quando comparadas as populações urbanas que possuem maior acessibilidade aos serviços de saúde. Logo, o enfermeiro (a) precisa compreender o processo saúde e doença dessas populações, considerando suas particularidades, reconhecendo os principais riscos e danos, quais as doenças mais comuns, relacionadas com o campo, floresta e os rios, quais são os principais focos de endemias e suas possíveis causas realizando o diagnóstico situacional, para a criação de estratégias e ações em saúde que atendam a comunidade. Além disso, devem-se incluir aspectos étnico-culturais, as dificuldades presentes como o transporte e possíveis resistências da população, as questões de saneamento básico e higiene. Portanto, faz-se necessário sensibilizar os atores sociais para atuarem na atenção a saúde através da educação continuada, maior envolvimento nas questões dessas populações e a adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde. Diante disso, este trabalho teve como objetivos: reconhecer as especificidades e as características das populações tradicionais; analisar o funcionamento da assistência à saúde dessas populações; conhecer as principais dificuldades de acessibilidade à saúde dessas regiões. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Foi realizada uma visita técnica em agosto de 2017 à Estratégia de Saúde da Família (ESF) do arquipélago do Combú, que fica no município de Belém, no Estado do Pará. Foi possível conhecer e observar a estrutura física bem organizada, padronizada, com boas condições de iluminação, higiene; contando com a recepção e existência do arquivo; farmácia; sala para coleta do exame de PCCU; sala de pré-consulta; sala de imunização; sala de procedimentos; consultório de enfermagem; quatro consultórios médicos; sala de coleta; sala de esterilização; expurgo; consultório odontológico; sala de atividades coletivas; copa; banheiro masculino, feminino e para funcionários. Conta com um médico, uma enfermeira, cinco Agentes Comunitários de Saúde



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

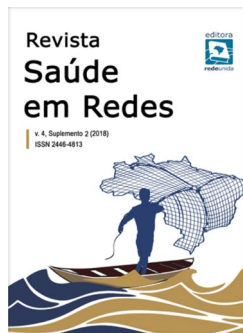
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

(ACS) para seis micro áreas, sendo a micro área número quatro descoberta; e um auxiliar de saúde bucal. Em conversa com uma das ACS, ela nos falou um pouco sobre as ilhas e o funcionamento dos serviços de Saúde. A área possui 184 famílias e 480 pessoas sendo, entre estas, 29 hipertensos, sete diabéticos, três gestantes e três com hanseníase; árvores em cima das casas dificultam a entrada do sol e conseqüentemente facilitam a umidificação do ambiente, facilitando a proliferação de organismos e transmissão aérea do agente causador da doença. Segundo a ACS a pobreza é muito grande nas ilhas e o não cumprimento das políticas públicas existentes dificulta os serviços de saúde. Ultimamente as famílias estão enfrentando dificuldades no acesso à ESF – bem como o serviço de visita domiciliar pelos ACS está suspenso temporariamente devido não ter condições adequadas de transporte (barco). A enfermeira nos relatou sobre os desafios enfrentados desde o início da criação da ESF. No começo as pessoas não entendiam o que era uma Estratégia de Saúde da Família e houve uma grande resistência da comunidade. Muitas famílias não deixavam os ACS entrarem em suas casas e as mulheres não gostavam de realizar o PCCU, pois não queriam se despir na frente de “estranhos”. Mas, através do compromisso, esforço e dedicação dos profissionais, foram realizadas várias conversas, atividades educativas e as mudanças foram ocorrendo aos poucos, em longo prazo. A enfermeira, assim como a ACS, também destacou a questão da pobreza nas ilhas. Alguns locais não contam com saneamento básico, a falta de higiene é bem notória e a utilização de água do rio sem tratamento ainda é rotina. Durante a conversa com a enfermeira, houve uma pequena contribuição do médico da ESF que nos falou um pouco da sua experiência e dos pontos já acima citados. Segundo a enfermeira e o médico o trabalho em equipe é uma das marcas da ESF. Todos os profissionais que compõem o serviço são valorizados; assim também como eles valorizam os saberes e práticas dos moradores sem impor qualquer tipo de situação, pois para eles seus conhecimentos não estão acima de nada e nem de ninguém, afinal o aprendizado e a troca de experiências entre os profissionais e a comunidade é muito relevante para uma assistência de qualidade, baseada na promoção e prevenção à saúde, bem como no respeito e dignidade. Relata ainda que atualmente a população está mais conscientizada do que nos primeiros anos; eles vão até a unidade para a realização de exames e consultas, participam das ações, o que para a equipe representa um progresso. Resultados e/ou impactos: Baseando-se no relato dos profissionais e observação da realidade da comunidade, levando em consideração suas especificidades como o ambiente, sua cultura, seus saberes e costumes, nota-se que devido a forma de habitação e a localização, os recursos necessários são mais escassos e as dificuldades são relativamente maiores quando comparadas aos serviços de saúde na população urbana. Além disso, o profissional precisa apresentar perfil e adequação para atuar nas comunidades, visando planejar estratégias que alcance a comunidade, reduzindo as desigualdades quanto à prevenção e tratamento de doenças, bem como a realização de ações de educação em saúde que objetivem sensibilizar esses atores sociais quanto à saúde, seus direitos e deveres desde as condições mais básica até as mais complexas, respeitando a autonomia e a cultura de cada um. Considerações finais: Logo, compreende-se que a saúde pública em populações ribeirinhas, precisa ser compreendida



muito além da simples transposição das práticas em um território diferente, considerando a diversidade cultural e histórica que envolve essas comunidades. O conhecimento do cenário dinâmico das comunidades devem fazer parte do dia a dia da equipe de saúde local, tendo em vista as mudanças, tanto geográficas, quanto epidemiológicas, que acompanham o ritmo imposto pela natureza. O melhor acesso ao transporte possibilitaria o maior acesso à saúde de populações geograficamente isoladas e resolvendo, mesmo que parcialmente, o problema da fixação de profissionais de saúde nessas áreas. Portanto é de suma importância a persistência e a continuidade das ações e a inovação de estratégias que permitirá a construção e o acompanhamento de indicadores relacionados à saúde na área ribeirinha do Combú, e conseqüentemente a melhora dos indicadores sociais e de saúde dessa comunidade. Apesar dos inúmeros desafios que eles enfrentam por conta do não cumprimento das políticas públicas existentes, a prestação de uma assistência de qualidade não deixa de ser realizada. Mas é importante ressaltar que é necessário que o Estado se faça mais presente, pois mesmo com a melhoria já notada e relatada pelos profissionais, ainda há um grande índice de pobreza nas ilhas.

Palavras-chave: Populações tradicionais da Amazônia; Ribeirinhos; Serviços de saúde



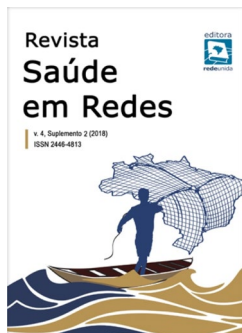
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

“A PRIMEIRA IMPRESSÃO É A QUE FICA”: CAMINHOS PARA O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Bianca Waylla Dionisio, Dassayeve Tavároa Lima, Paulo Cesar de Moura Luz

APRESENTAÇÃO: A imersão na saúde da família e o conhecimento prévio sobre seu histórico e processo de trabalho, nos permite perceber o quanto o desenvolvimento de ações/atitudes de produção de cuidado passaram a ser praticadas de maneira mecanizada, norteadas por números, metas e porcentagens, atendimentos voltados a queixa-conduta e a medicalização da vida, suprimindo e descaracterizando o maior e mais importante princípio da atenção básica, o vínculo, bem como as funções do exercício profissional da equipe interdisciplinar e multiprofissional que a compõe. Inúmeros são os fatores que vêm desencadeando essa situação, entre eles, a sobrecarga, a precarização dos vínculos e as condições insalubres de trabalho. Em nossa vivência, como Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), conseguimos imergir nesse cenário com olhar crítico-reflexivo e um perfil oxigenador, motivados por um processo de formação constante em nossa prática diária, com apoio de tutoria e preceptoria, que facilita reconhecer particularidades, fragilidades e potencialidades das equipes e comunidades. Notamos que há uma renovação constante de saberes tecnológicos em saúde, contudo, compreendemos que a soma dos fatores negativos citados acima, vem impedindo que os profissionais do sistema possam se envolver de modo mais ativo. Reconhecendo esta fragilidade, ressalta-se o investimento em Educação Permanente em Saúde (EPS) no município. A proposta de intervir sobre as problemáticas e a ressignificação dos conhecimentos utilizando a EPS é fundamental, pois caracteriza-se como uma educação em serviço. Contudo, percebemos que esses momentos precisam ser cuidadosamente pensados, ampliando/incentivando a participação da equipe na construção da EPS, desde o levantamento das problemáticas, desejos e curiosidades a serem discutidos, à metodologias que possibilitem o diálogo e a participação ativa dos sujeitos, a fim de desconstruir a imagem desses momentos como incômodos e desnecessários, e os relatos frequentes acerca da desmotivação, cansaço e sobrecarga. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este resumo é um recorte do primeiro encontro da intervenção realizada pela enfermeira residente da RMSF, sobre o acolhimento a demanda espontânea com classificação de risco de um Centro de Saúde da Família (CSF), composto por duas eSF, no município de Sobral/CE, entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, com apoio da tutora e equipe de RMSF. Partindo da premissa discutida anteriormente, ao idealizarmos intervir sobre o acolhimento, o primeiro ponto elencado como fragilidade para o desenvolvimento da intervenção foi como envolver a equipe no processo, para que faça sentir e sentido a ressignificação das práticas de cuidado e no agir em saúde coletiva. Por vivenciarmos durante um ano e meio, de maneira direta e diária, os encontros e desencontros dos “acolhimentos”, que, por vezes, se configuravam apenas como triagem para consulta médica, nos aproximamos dos processos de trabalho da equipe de saúde, e seu histórico de



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

conflitos internos, dispersão, desmotivação, e não envolvimento com os momentos de caráter pedagógico, por conta disso, abraçamos a EPS, tecnologias leves, metodologias participativas e ferramentas lúdicas como suporte para implementarmos a proposta. Foi através do famoso ditado popular “a primeira impressão é a que fica”, que refletimos sobre o mais importante passo de toda nossa intervenção: o primeiro encontro. O encontro teve como objetivo sensibilizar os profissionais sobre a intervenção e principalmente motivar a participação no processo de desconstrução e ressignificação dos saberes, práticas e atitudes frente ao acolhimento a demanda espontânea, a partir da reflexão e problematização do trabalho em equipe. Compreende-se por acolhimento o encontro entre profissionais e usuários, que possibilita criar e/ou fortalecer vínculos, confiança e o cuidado longitudinal. Mediante essa premissa, abordamos o cuidar e o confiar, acreditando serem pontos-chave para efetivar a prática do acolher de maneira empática e humanizada. Compreendendo os processos internos da equipe, realizamos duas atividades simultâneas, o “quebra-cabeça do cuidado” e a “oficina das sensações”, com o intuito de evitar dispersão e ociosidade. O “quebra-cabeça do cuidado: relações com o verbo cuidar e seus encontros reais”, ferramenta desenvolvida pela pesquisadora, nasce do interesse de estimular a reflexão coletiva sobre o cuidar multiprofissional e as Redes de Atenção em Saúde (RAS), além de tentar possibilitar a alusão entre os profissionais e as peças do quebra-cabeça, compreendendo que para atingirmos o objetivo final proposto pela atenção básica como ordenadora do cuidado humanizado e resolutivo necessitamos “encaixar” saberes, serviços e cuidados. A “oficina das sensações”, vem com o propósito de aguçar o confiar, através das percepções sensoriais, abraçando as suas diversas ramificações como o trabalho em equipe, o respeito e o reconhecimento do local de trabalho a partir do estímulo dos cinco sentidos. Transformamos o consultório em um espaço que remetia as sensações vivenciadas no cotidiano do CSF, no qual, cada profissional foi conduzido a porta, e antes de adentrar respondia a seguinte pergunta geradora: “Como estou entrando”? Em seguida era vendado, a fim de estimular a percepção pelos outros sentidos. Recebidos por um abraço e guiados ao longo do espaço, estimulamos a audição durante todo o percurso através de falas cotidianas; o olfato foi despertado pelo café; ao paladar ofertamos o açúcar; ao tato apresentamos alguns objetos, como prontuários, seringas entre outros, bem como um momento de relaxamento com massagens, e por fim novamente um abraço. Ao sair da sala, o profissional respondia a outra pergunta: “Como estou saindo”? IMPACTOS: Percebemos nos discursos sobre o “quebra-cabeça do cuidado”, que essa ferramenta possibilitou uma reflexão sobre cuidado, a importância do trabalho em equipe e a compreensão acerca dos diversos saberes que se complementam. Inquietaram-se com a falta de uma peça, e conseguiram perceber que esse espaço se caracterizava e se preenchia com RAS, mas pontuaram que o usuário sempre estará sobre os cuidados e a corresponsabilização do CSF. Estimulamos o diálogo acerca das sensações experimentadas no caminhar pela trilha da oficina das sensações. Ao compararmos as respostas do antes e após a oficina, percebemos o quanto os sentimentos foram ressignificados. Antes de entrar na sala os participantes se sentiam cansados, desmotivados, curiosos e tensos. Ao saírem responderam que estavam se sentindo cuidados,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

leves, em paz, cuidados com carinho e gratos. A oficina produziu um efeito impulsionador para trabalhar a confiança, o sentir de ser acolhido, remetendo a lembrança da chegada do usuário na unidade de saúde. Por fim, todos expressaram mais leveza, elencando o desejo de ser abraçado pela comunidade e pela equipe de saúde, enfatizando que o acolher não é realizado apenas entre profissionais e comunidade mas, também, entre a equipe. Fica claro que, para além de provocar um relaxamento na equipe, iniciarmos as intervenções através da sensibilização dos profissionais, possibilita inúmeras ressignificações, estimula a participação e implicação ao longo do processo, permitindo o reconhecimento do outro como parte da essência em fazer sentido para si. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acolhimento parte dos encontros e desencontros e é um ponto de tensionamento, desde a chegada do usuário, resolubilidade de sua demanda e principalmente o cuidado longitudinal, pois, é neste que nasce as impressões, que podem ou não fortalecer o vínculo e a confiança. O acolher brota principalmente do encontro inicial entre os trabalhadores, onde emerge a necessidade de pensarmos sobre o trabalho em equipe e as diversas formas de cuidado que permeiam o conviver dentro do CSF. Cabe pensarmos, que a intervenção no acolhimento foi efetivada com sucesso, pois conseguimos envolver a cada passo da pesquisa os profissionais, tornando-os parte integrante e essencial na ressignificação das práticas do acolher.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde da Família; Atenção Básica.



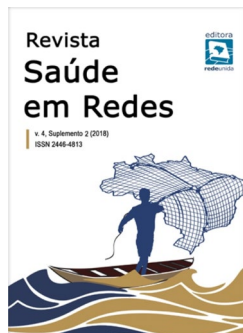
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

“NÓS, PROFISSIONAIS DOS VÍNCULOS, TRABALHADORES DA VIDA”: REORGANIZANDO O ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Bianca Waylla Dionisio, Dassayeve Tavároa Lima, Paulo Cesar de Moura Luz

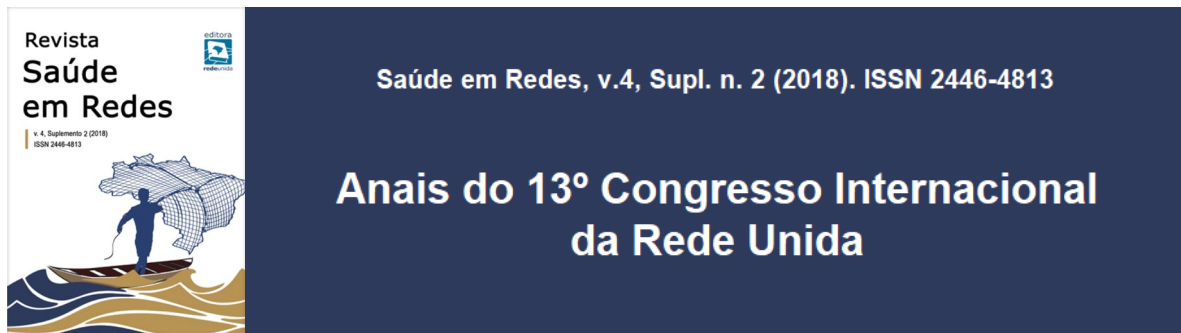
A Atenção Básica (AB) brasileira caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que visa desenvolver uma atenção integral, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas, que impacte na situação de saúde, autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde. É desenvolvida também com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Diante disso, o Centro de Saúde da Família (CSF) é um equipamento de saúde que deve acolher e promover a vinculação e a corresponsabilização do processo saúde-doença das coletividades, estabelecendo mecanismos que assegurem o acesso, a acessibilidade, o acolhimento e consequentemente a resolubilidade das demandas por meio de uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Ao falarmos sobre redes de atenção, lembramos de seu formato, uma teia com ligação entre os mais diversos pontos que põem os serviços de saúde. Nesse contexto nós trabalhamos com a ideia de cadeia do cuidado em saúde que veem como arranjos que possibilitam articular o acesso aos diversos serviços de saúde, mantendo vínculo e continuidade do cuidado, independentemente da situação clínica, uma vez que as necessidades de saúde são amplas e abrangem desde as boas condições de vida ao direito de ser acolhido e escutado pela equipe de saúde. Dentro desse cenário, o acolhimento é uma diretriz que possibilita efetivar, a partir da leveza do encontro com o outro, a corresponsabilização pelo cuidado longitudinal, uma vez que possui grande relevância ética, estética e política, se implica com o compromisso coletivo, envolvendo-se e potencializando o protagonismo e a vida nos diferentes encontros, estando atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica. Além de, contribuir com estratégias para dignificação da vida e do viver, e assim, na (re)construção de nossa própria humanidade, viabiliza a criação e o fortalecimento de vínculos, onde os usuários passam a sentir-se acolhidos, fortalecendo as relações afetivas, maior interação e resolução das demandas, possibilitando ainda que esse sujeito possa compreender que apesar do seu caminhar pela ampla rede de saúde, sempre terá um atendimento integral e contínuo na AB. A Política Nacional de Humanização traz o acolhimento como uma atitude, que implica diretamente nas relações interpessoais e que é construído de forma coletiva e o ato de acolher é “reconhecer o que outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, comparecer e sustentar a relação equipe/serviços e usuários /popular” objetivando construir relações de confiança, compromisso e vínculos com sua rede socioafetiva. Partindo dessa premissa, entendemos que acolhimento vai além de uma prática respeitosa e humanizada nas relações usuários-profissionais. Esse deve garantir o acesso equânime e universal aos serviços de saúde, equilibrando a oferta, ampliando o cuidado para além da queixa-conduta,



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

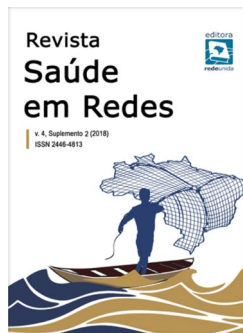
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e se implicando no acompanhamento continuado aos sujeitos, sendo assim, a unidade precisar conhecer o território adscrito, bem como o perfil do usuário e seu caminhar dentro da rede de saúde. **DESENVOLVIMENTO:** O desejo de intervir no acolhimento à demanda espontânea implementando a classificação de risco e vulnerabilidade por cores em um CSF na cidade de Sobral/CE, nasce ao vivenciarmos esse espaço como um momento de encontro e (des)encontro entre usuários e profissionais no âmbito do sistema de saúde, além de experienciar situações conflituosas que provocaram descredibilidade, inquietações e novos questionamentos, tanto na comunidade, quanto nos profissionais. O contato diário e direto com o serviço e seus usuários, permitiu inúmeras reflexões sobre o agir em saúde, que nos levou a aprofundar os conhecimentos sobre os conceitos e práticas do acolhimento, uma vez que a AB possui como destaque o eixo estruturante da sistematização da prática do cuidar, o acolhimento. Portanto, a pesquisa/intervenção foi desenvolvida pela Enfermeira residente com apoio da tutora e equipe de Residência Multiprofissional em Saúde Família (RMSF) como trabalho de conclusão do curso. Optamos por uma abordagem qualitativa e a população do estudo foram duas equipes de saúde da família que compõem um CSF, entre os meses de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, com realização de 5 encontros. Para o desenvolvimento da intervenção, adaptamos o Método do Arco de Charles de Maguerez, que parte da metodologia da problematização, guiando-se por cinco etapas: observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, identificação das hipóteses de solução e aplicação à realidade. Utilizamos a observação participante para registrar todas as informações e experiências relevantes por meio de um diário de campo. Para análise das informações qualitativas, elegemos a técnica de categorização temática. Seguimos os pressupostos da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 com aprovação do comitê de ética. **RESULTADOS/IMPACTOS:** No primeiro encontro expomos os objetivos da intervenção, sua justificativa e relevância, e o TCLE. Aceitaram participar do estudo: duas enfermeiras, gerente, um médico, duas técnicas de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, duas profissionais dos serviços gerais, um vigia e duas profissionais do setor administrativo. Prosseguimos com a sensibilização da equipe sobre o acolher, o cuidar e o confiar, uma vez que compreendemos que essas atitudes/ações são a base do cuidado empático, utilizando como ferramentas, o quebra-cabeça do cuidado, elaborado pela pesquisadora e a oficina de sensações. No segundo encontro, desenvolvemos a primeira etapa do Arco. Abraçamos o Teatro, como metodologia participativa para problematizar através da representação de situações reais do acolhimento às demandas espontâneas vivenciadas. Os mais diversos sentidos e sensações afloraram. Citaram a desorganização do processo, a falta de implicação de alguns membros, a falta de diálogo e de direcionamentos resolutivos dentro do CSF, impactando diretamente na percepção da equipe sobre a produção do cuidado. Como consequência surge a segunda etapa do Arco, a identificação de pontos-chave para serem discutidos e trabalhados. No terceiro encontro resgatamos os pontos-chave com intuito de (re)significar saberes para transformação da realidade, pois compreendemos que o desafio da interdisciplinaridade no cotidiano das equipes de saúde são diversos, e a partir desse momento tentamos ressignificar saberes e práticas. No quarto



encontro desenvolvemos as hipóteses de soluções sugeridas que foram: a) educação permanente bimensal; b) construção de um fluxograma para que os trabalhadores e os usuários possam se orientar diante ao processo de acolher, facilitando assim os direcionamentos e viabilizando a resolubilidade das demandas; e c) definirmos coletivamente as diretrizes operativas e organizacionais do acolhimento, resultando na classificação de risco por cores com base no diagnóstico epidemiológico e sociocultural da comunidade e na elaboração de uma cartilha para nortear os profissionais de saúde e usuários, com intuito de viabilizar a sustentabilidade da intervenção. No último encontro avaliamos a implementação do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, onde percebemos nas falas a ressignificação das atitudes, percepções e relações entre os profissionais e comunidade após a intervenção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ressaltamos que para transformação das práticas de saúde e reorientação dos modelos de atenção, o acolhimento é uma estratégia primordial para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Acreditamos que esta intervenção é oportuna e valiosa, e que sua implementação foi eficiente e eficaz. Mediante isso, sugerimos a disseminação dessa proposta nos espaços coletivos da residência e do sistema de saúde do município de Sobral. Esperamos também, que outras pesquisas e intervenção sobre acolhimento sejam desenvolvidas, no sentido de inovar práticas e olhares.

Palavras-chave: Acolhimento; Saúde da Família; Atenção Básica.



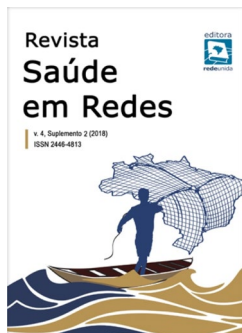
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ATITUDES E SENTIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZARAM PARTO DOMICILIAR EM MANAUS - AM

Pamela Rodrigues da Silva, Fabiana Vilar Carneiro, Geliane Raposo Fontinelle, Jeane de Souza Sampaio, Igor Castro Tavares, Maryângela Araújo da Costa

Tratou-se de uma pesquisa exploratória realizada com oito (8) mulheres que pariram em seu domicílio, desenvolvido por acadêmicas de enfermagem como componente da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso. Entretanto, dentro dessa pequena parcela de partos não realizados em ambiente hospitalar existe uma crescente proporção de nascimentos que são assistidos por profissionais de saúde habilitados e que são planejados antecipadamente para acontecerem em domicílio. Apesar de representar uma discreta parcela quando comparada ao total de partos institucionalizados, o domiciliar tem sido alvo de crescentes discussões na mídia, nas redes sociais, entre os conselhos profissionais de saúde e entre os mais diversos setores da sociedade nos últimos anos. Objetivo: conhecer as atitudes e sentimentos de mulheres que realizaram parto domiciliar na cidade de Manaus no estado do Amazonas. Descrição Metodológica: Tratou de um estudo qualitativo onde foram emitidas as informações acerca das experiências das mulheres através do método História de Vida que procurou conhecer as informações contidas na história particular da mulher, elas tinham a liberdade para contar sobre a sua experiência através do formulário do Google. Na pesquisa foram realizadas perguntas abertas e fechadas. No primeiro momento foi realizado contato com as mulheres através de enfermeiras obstétricas (Equipe Celeste Parteria) que assistem ao Parto Domiciliar em Manaus - AM. No segundo andamento iniciamos o contato através de e-mail e contato telefônico para enviar o formulário a ser respondido e no terceiro momento realizamos a análise dos dados respondidos pelas mesmas. Resultados e Impactos: a idade que predominou nos resultados foram de mulheres com a faixa etária de 30 anos. Das oito (8) mulheres que responderam cinco (5) já tiveram a vivência do parto e todas relataram que foram acompanhadas 100% por uma equipe composta de: Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Doula no Parto Domiciliar. Obtivemos alguns depoimentos como os reais motivos para a escolha do Parto Domiciliar Planejado foram: “Sonho, segurança, pois um parto domiciliar é muito seguro sendo ele acompanhado por profissionais capacitados! E em casa eu me senti mais completa e a vontade” (M1); “Medo de sofrer violências obstétricas na maternidade e ter o tempo de nascimento do meu filho respeitado” (M2) “Eu e meu marido escolhemos o Parto Domiciliar Planejado para ter toda tranquilidade possível e para fugir de violências obstétricas ou procedimentos desnecessários como episiotomia e nitrato de prata”(M3); “Medo de violência obstétrica e cair numa cesárea desnecessária (M4); “A tranquilidade e a segurança que ele oferece, pois tem uma equipe exclusiva para a gestante. O medo da violência obstétrica e por ter pesquisado durante anos sobre ele” (M5); “Medo da violência obstétrica”(M6) “Violência obstétrica em hospital” (M7); “Experiência traumática com violência obstétrica no hospital no primeiro parto” (M8). Quanto a escolha ao PARTO foi compartilhado aos familiares: “Ficaram assustados, e disseram que eu era doída! Porém



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

depois apoiaram” (M1); “Aceitaram de boa, afinal minha avó era parteira” (M2); “Informamos nossos pais um dia antes do parto e eles reagiram tranquilamente, minha mãe em si ficou mais preocupada, mas os familiares distantes só souberam após o nascimento do nosso filho, pois acreditamos que a escolha deve ser apenas do casal e também pelo fato das pessoas sempre quererem fazer você mudar de ideia, independente da via de parto” (M3); “Ficaram um pouco inseguros com a possibilidade de haver alguma intercorrência e não estarmos no hospital” (M4); “Não houve boa aceitação, ficavam tentando fazer eu mudar de ideia, dizendo que era perigoso” (M5); “Apoiaram” (M6); “Demoraram a aceitação do parto” (M7); “No início houve um pouco de ansiedade e preocupação, mas depois, munidos de mais informações e conhecimento sobre o parto domiciliar, todos apoiaram” (M8). As Recomendações a cerca de o Parto Domiciliar foram: “Por que é seguro, a mulher se senti mas a vontade em casa” (M1); “Com certeza que sim. Uma experiência única, nascimento rodeado de muito amor e principalmente respeito, as lembranças desse dia tão especial são as mais lindas possíveis” (M2); “Ter um bebê em casa é resgatar o protagonismo da mulher nesse momento tão importante, e estar cercado da sua família e de todos que te amam é sem duvidas um dos melhores privilégios” (M3); “Pois acrescenta um brilho a mais a gestação, o nascimento do nosso bebê não é tratado como “mais um”. Saber quem estará conosco e que seremos respeitadas da mais tranquilidade para esperar a hora do nosso bebê nascer” (M4); “Sim, sem dúvida. O parto é um evento familiar, então porque não ser em casa? Existem evidências científicas de que o PDP é mais seguro que o hospitalar. (Lembrando que é indicado apenas para gestantes de risco habitual). O fato de não ter pressa, saber que o momento certo será esperado, que você terá sua vontade respeitada, que seu bebê não sofrerá com procedimentos desnecessários e dolorosos, que ele não será separado de você. Ah... isso não tem preço. Fora a sensação de prazer.É difícil externalizar, mas é uma experiência realmente transformadora. Você perceber seu corpo trabalhando para trazer o bebê ao mundo e você só precisa mergulhar nas sensações e permitir que a natureza tome conta de tudo” (M5); “Porque o bebê nasce em um ambiente seguro e cheio de amor!” (M6); “Com certeza, o parto humanizado deveria ser referência por que parto humanizado é respeito, é segurança, é tranquilidade e a gente pari a vontade” (M7); “Sim, recomendaria para todas as mulheres com gestação de baixo risco porque o parto domiciliar ... foi a experiência mais forte e sublime que já vivemos. Nenhuma intervenção desnecessária, hora de ouro sentindo o calor de minha bebê recém parida nos meus braços... Me sinto mais forte depois desse protagonismo redentor.Minha filha chegou ao mundo no dia que escolheu, quando estava preparada para nascer. Foi recebida com muito amor e muito respeito!” (M8).Considerações Finais: O principal motivo foi o medo da violência dos profissionais ou seja o excesso de intervenções, o desrespeito ao protagonismo da mulher, a falta de conforto, privacidade e apoio familiar e o parto domiciliar planejado para mulheres de risco habitual é tão seguro quanto o parto hospitalar, porém as mesmas relatam que no domicilio elas possuem uma maior liberdade de movimento, pouca ou nenhuma intervenção, a presença de familiares que é muito importante e que faz diminuir a tensão e ansiedade, dando apoio emocional.



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Parto - Domiciliar - Mulheres - Sentimentos - Atitudes



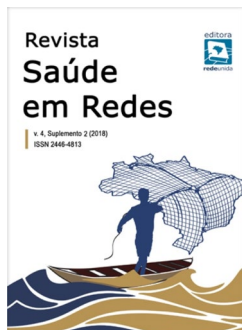
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AO DEFICIENTE AUDITIVO

Luiz Gustavo Erthal Nogueira, Amanda Cruz Amaral, Selma Vaz Vidal, Joelma Rezende Fernandes

INTRODUÇÃO: A deficiência auditiva caracteriza-se pela baixa capacidade de assimilação normal dos sons, e é conceituado surdo, o indivíduo cuja audição não é funcional na vida habitual, e parcialmente surdo, aquele indivíduo cuja audição, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva. Os deficientes auditivos, bem como todas as pessoas portadoras de deficiência são amparados pela Lei da Acessibilidade que busca estabelecer as normas gerais e os critérios básicos para promover a acessibilidade, através da eliminação dos obstáculos e barreiras existentes nas vias públicas, na reforma e construção de edificações, no mobiliário urbano e ainda nos meios de comunicação, de saúde e de transporte. De acordo com dados do Censo Demográfico do ano de 2010, há no Brasil 45,6 milhões de pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. Do total de pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, 7,6% dessa população apresentam perda auditiva severa. O comprometimento auditivo implica na capacidade de comunicação oral e pode prejudicar o processo de aprendizagem e, ainda, dificultar na assistência prestada a estes clientes, o que exige então uma abordagem especializada. Essa abordagem deve ser feita de modo que proporcione uma comunicação efetiva e um claro entendimento entre o deficiente auditivo e o enfermeiro, o contrário, acabaria prejudicando a prestação da assistência de enfermagem e afetando a qualidade e até a segurança desse atendimento. Para evitar o uso de uma comunicação rudimentar feita através de mímicas ou mesmo da escrita, que possa prejudicar a compreensão, é de grande importância que ambos, o enfermeiro e o paciente, conheçam e façam uso da Língua Brasileira de Sinais também conhecida como LIBRAS. Demonstra-se, a partir daí, a importância de conhecer essa linguagem para poder ter uma comunicação efetiva com pacientes deficientes auditivos. O profissional de saúde deve humanizar a assistência em enfermagem, preocupar-se com a relação entre Enfermeiro/Paciente, e para isso necessita de um suporte técnico e científico que lhes habilite a entender este universo linguístico, social e cultural do surdo, visando promover uma segurança física e emocional no mesmo. Baseado nessas acepções emerge o seguinte objetivo desta investigação: refletir sobre a importância da acessibilidade no ambiente hospitalar mediante o uso da LIBRAS no atendimento ao deficiente auditivo. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética, e após sua aprovação foi enviado o Termo de Autorização para Realização da Pesquisa à Instituição e elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os voluntários da pesquisa. Após autorização foi realizada a coleta de dados. O cenário de investigação foi o Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO) do município de Teresópolis, e os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

enfermeiros). Como critérios de inclusão, foram considerados: Profissionais da área de enfermagem que possuam ou não contato prévio com algum deficiente auditivo dentro do ambiente hospitalar sejam estes pacientes, familiares ou seus acompanhantes e de exclusão: Profissionais da área de enfermagem que trabalhem no setor administrativo e que não possuam contato direto com pacientes ou familiares. A coleta de dados foi realizada através de um instrumento semiestruturado composta por questões abertas e fechadas para preenchimento à mão elaborado para este trabalho. Os dados coletados foram representados estatisticamente seguindo a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram entrevistados 33 funcionários do HCTCO que deram o seu consentimento para a realização da pesquisa. A população amostral foi composta na sua grande maioria por técnicos de enfermagem (57,6%), seguidos de enfermeiros e auxiliares em enfermagem (36,4% e 6,1% respectivamente). Destes, 69,7% possuem de 01 a 10 anos de profissão, 12,1 % de 11 a 20 anos, 12,1% de 21 a 30 anos e 6,1% de 31 a 40 anos. Estes profissionais estavam divididos nos demais cenários do HCTCO, sendo 27,3% de funcionários atuantes na clínica médica cirúrgica, 18,2% da clínica médica feminina, 15,2% da clínica médica masculina, 12,1% da clínica ortopédica, 9,1% do pronto socorro, 6,1% da supervisão geral, 3% da clínica pediátrica, 3% da direção de enfermagem, 3% da clínica de ginecologia e obstetrícia e 3% da Unidade Intermediária Neonatal. Ao serem questionados referente ao contato com deficientes auditivos, pode-se observar que 69,7% de profissionais afirmam terem tido convívio prévio com estes pacientes, enquanto 30,3% destes profissionais afirmam que nunca tiveram contato com este tipo de paciente. Em relação a frequência que o profissional recebe deficientes auditivos no seu respectivo setor de atuação 33,3% afirmam nunca terem recebido estes clientes e 66,7% afirmam receber com pouca frequência. Não houveram profissionais que afirmaram ter grande fluxo de atendimento a deficientes auditivos em seus setores. Entre os profissionais entrevistados, podemos observar que 45,5 % conhecem a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), enquanto 54,5% afirmam nunca ter tido contato com a mesma. Entretanto, quando questionados sobre a capacidade de utilizar LIBRAS 93,9% dos profissionais afirmam não saberem LIBRAS enquanto apenas 6,1% afirmam serem interpretes. Os profissionais que afirmaram não saberem LIBRAS quando questionados em como se comunicariam com estes clientes podemos observar um comportamento diferente dos resultados encontrados. Destes 44,2 % afirmam que usariam gestos, 23,3% fariam uso da escrita, 14% recorreriam à leitura labial, 11,6% pediriam auxílio aos familiares ou acompanhantes do paciente, 4,7% não tentariam se comunicar e 2,3% afirmaram que “pediriam socorro”. Ao questionarmos aos entrevistados sobre a importância dos profissionais de enfermagem e de saúde saberem LIBRAS, 100% dos profissionais consideraram importante esse conhecimento para a equipe de enfermagem e para a equipe multidisciplinar. Quando indagados sobre se a falta de conhecimento da LIBRAS poderia prejudicar o atendimento ao deficiente auditivo, obtivemos 78,8% dos profissionais afirmando prejudicar a abordagem a estes clientes enquanto 21,2% julgam não ser prejudicial ao atendimento não saber falar LIBRAS. Nos últimos questionamentos dos instrumentos, os profissionais foram abordados quanto ao conhecimento do curso gratuito disponibilizado pelo



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) e seu interesse em participar do curso, 60,6% admitiram não ter conhecimento sobre o curso, enquanto apenas 39,4% sabiam que este era oferecido gratuitamente e dentre os questionados, 75,8% demonstraram interesse em participar do curso de LIBRAS enquanto 24,2% alegaram não possuir disponibilidade de tempo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com a certeza do inacabado as reflexões oriundas desta investigação apontam para baixa demanda de atendimento a pacientes ou familiares que possuam deficiência auditiva no HCTCO. No entanto, é perceptível uma carência de profissionais que sejam interpretes na LIBRAS, já que dos 33 profissionais participantes da pesquisa, apenas 02 possuem tal conhecimento. Ao mesmo tempo, todos os sujeitos da pesquisa consideraram importantes o conhecimento da LIBRAS. Desse universo, 75,8% demonstraram interesse no curso gratuito oferecido pelo UNIFESO para o seu aprimoramento profissional.

Palavras-chave: Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS); Comunicação; Enfermagem.