



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
EDUCA-ART SAÚDE: INSTIGANDO ARTETERAPIA EM UM SHOPPING EM SANTARÉM-PA	646
A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VAI AO CAMPO DE FUTEBOL.	649
ITINERÁRIOS DE VIDA: O USO DE ÁLCOOL E A RUA COMO PRODUTORES DE SUBJETIVIDADE E REALIDADES SOCIAIS	652
O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO AGENTE TRANSFORMADOR, NO ATENDIMENTO A POPULAÇÃO RIBEIRINHA DO ARQUIPÉLAGO AMAZÔNICO.	655
REFLEXÕES DA GEOGRAFIA DA SAÚDE SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E LEITOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS	659
OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMUMENTE OBSERVADOS COMO NECESSIDADE DE SAÚDE DOS ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS INTERNADAS	663
A IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ LOCAL DE PREVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL EM SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP: DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	666
TÍTULO: MOBILIZAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR): VISIBILIDADES E POSSIBILIDADES DE GARANTIA E CONQUISTA DE DIREITOS SOCIAIS.	669
O PAPEL DO ENFERMEIRO E SEU DESEMPENHO NOS CUIDADOS AO DEPENDENTE QUÍMICO	672
A RELAÇÃO ENTRE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIAS	674
GERÊNCIA DE RISCO: UMA VIVÊNCIA PRÁTICA	677
CARTOGRAFIAS DE UMA ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA EM UM CAPS AD	680
AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO: REVISÃO DE LITERATURA.	683
PERCEPÇÃO DOS BUDISTAS DA LINHAGEM NITIREN DAISHONIN SOBRE A INFLUÊNCIA DE SUA PRÁTICA RELIGIOSA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	685
A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NA SAÚDE PÚBLICA: O AUMENTO DO HIV/AIDS EM MULHERES CASADAS OU UNIÃO ESTÁVEL	688



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PREVALÊNCIA, ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DA COINFECÇÃO TUBERCULOSE/HIV EM IMPERATRIZ-MA	692
NEUROCRÍPTOCOCOSE: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO OESTE DO PARÁ	696
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E ARTICULAÇÃO DA REDE DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DOS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	699
CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E ALIMENTAR DOS PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DE COARI-AM.	702
COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE	706
ENFERMAGEM E OS DETERMINANTES SOCIAIS, AMBIENTAIS E DE SAÚDE: DESCREVENDO EXPERIÊNCIA EM UMA COLÔNIA DE PESCADORES	709
ESQUIZOFRENIA E SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: EM BUSCA DA EQUIDADE	713
EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA A ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	716
ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE PESQUISA	718
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MULHERES ACERCA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: REVISÃO DE LITERATURA	722
MÉTODO CANGURU COMO INICIATIVA DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CUIDADO MATERNO INFANTIL	725
DIFICULDADES DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO INSULÍNICO NO DIABETES TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA	728
PALHAÇO HOSPITALAR E A FINITUDE DA VIDA: REFLEXÕES DURANTE AÇÃO DE EXTENSÃO	732
PERCEPÇÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA	735
CUIDANDO DO CUIDADOR DA ATENÇÃO DOMICILIAR	738
AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA	741
TERRITORIALIZAÇÃO COMO IMPORTANTE FERRAMENTA DO TRABALHO EM SAÚDE	744



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A PRODUÇÃO DO CUIDADO E A MICROPOLÍTICA PERCEBIDA NUMA REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS NA SAÚDE	748
ABSENTEÍSMO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS ENFERMARIAS DE UMA UNIDADE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS	751
SOBRE OS DESAFIOS DE PRODUZIR CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	754
A PREVALÊNCIA DE HEPATITE B NA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS, ESTADO DO PARÁ, BRASIL	757
UMA EXPERIÊNCIA NO CUIDADO DE SEQUELA DE ERISPELA EM PACIENTE ASSISTIDO PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO CONTEXTO DE CLÍNICA AMPLIADA NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ.	760
RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE AÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE INDÍGENA TABALASCADA	763
OFF-SINAS: BRINCAR É COISA SÉRIA	766
O USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA NO PÓLO ORIXIMINÁ: DELINEAMENTO DO PERFIL DOS USUÁRIOS INDÍGENAS E POSSÍVEIS REFLEXÕES.	770
AS MUDANÇAS DA PNAB 2017 EM UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	774
OCORRÊNCIA DE DISCRIMINAÇÃO COM MULHERES VIVENDO COM HIV EM SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS	778
TECNOLOGIAS LEVE-DURAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: FOMENTANDO SABERES INDISPENSÁVEIS À TERAPÉUTICA INSULÍNICA	782
RISCOS DE CONTÁGIO DE TUBERCULOSE OCUPACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	786
COMPORTAMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	789
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIA DE INTERSETORIALIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DOS ESTUDANTES.	792
“JURUJUBA- QUEM AMA CUIDA-SUA AÇÃO É A SOLUÇÃO: UMA PROPOSTA DE AÇÕES CONJUNTAS ENTRE A EQUIPE DA ESF, COMUNIDADE E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	795



Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA GINECOMASTIA RESULTANTE DE HORMONIOTERAPIA ANTI-NEOPLÁSICA PROSTÁTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	798
PERFIL DE GESTAÇÕES E PARTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL	801
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DA CIDADE DE PARINTINS/ AM.	804
AÇÃO SOCIAL EM COMUNIDADE RIBEIRINHA: UMA PARCERIA ENTRE PROJETO ALFA E CRUZ VERMELHA	807
DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PUÉRPERAS DURANTE A AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA NA CIDADE DE MANAUS-AM- RELATO DE EXPERIÊNCIA	810
CRESCENDO SEM CÁRIE: PROMOÇÃO DA SAÚDE COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM CRECHES MUNICIPAIS DE MANAUS-AM.	813
INFECÇÃO HOSPITALAR: COMO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PODE INFLUENCIAR POSITIVAMENTE NA PREVENÇÃO DESSE AGRAVO?	817
O ADOECER COM O CÂNCER DE MAMA: REAÇÕES EMOCIONAIS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS	820
A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO DO HOSPITAL OFFÍR LOYOLA	823
VISITA FAMILIAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVAS DOS VISITANTES.	827



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EDUCA-ART SAÚDE: INSTIGANDO ARTETERAPIA EM UM SHOPPING EM SANTARÉM-PA

Marlyara Vanessa Sampaio Marinho, Françoise Gisela Gato Lopes, Jéssica Naiara Silva Vieira, Fabiana Santarém Duarte, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício

Apresentação: A arteterapia utiliza-se de técnicas terapêuticas, as quais, permite ao indivíduo manifestar suas emoções de diferentes formas, possibilitando a utilização de várias ferramentas na produção de arte. Sua utilização como estratégia terapêutica tem contribuído para promoção e prevenção da saúde. A sensibilização por meio da arte vinculada à saúde possibilita não somente relaxamento, alívio de estresse, compartilhamento de vivências, mas também uma melhor qualidade de vida para os usuários de diferentes faixas etárias. É importante frisar que o ambiente utilizado para a realização da arteterapia se faz fundamental ser pensado para que seja um lugar propício e acessível a todas as classes sociais, sem exclusão, haja vista que o projeto é um ato inclusivo para a sociedade como um todo. A saúde emocional e o autoconhecimento podem ser exteriorizados através da arte confeccionada pelas pessoas que se permitem se mostrar através de suas produções pois, somente a arte proporciona liberdade de expressão, é uma técnica que envolve imaginação e criatividade, sem necessidade de haver perfeição nas artes produzidas. Existem várias formas de se realizar, utilizando-se de vários recursos, como pintura, desenho, poemas, artesanato entre outros. Essas são algumas formas de desestressar e estimular a exteriorização do que a pessoa está sentindo, além disso, possibilita a interação entre as pessoas. Com isso, o projeto busca não somente proporcionar uma saúde física e/ou mental, mas também possibilitar momentos de lazer e interação entre as famílias e a comunidade.

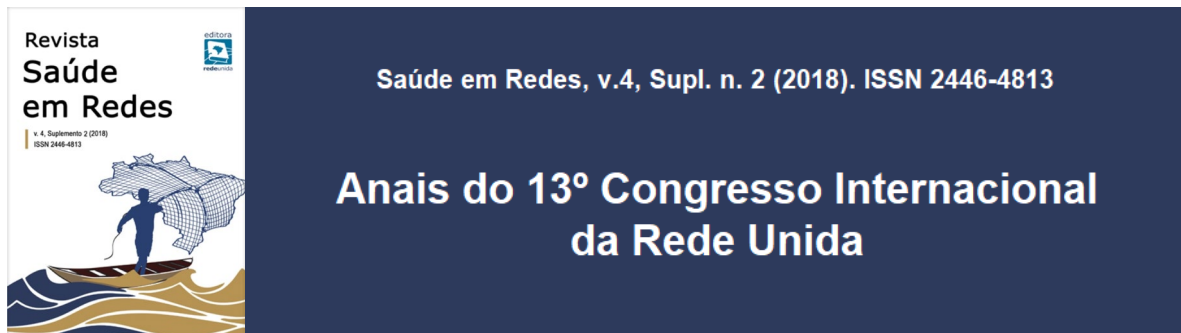
Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em um Shopping de Santarém-Pará. As atividades foram desenvolvidas por meio do projeto de extensão “UEPA na comunidade”, este promove atendimentos em saúde para a comunidade Santarena. No dia 31 de maio de 2016, as atividades de artes realizadas tiveram o intuito de tornar o ambiente mais dinâmico e promover bem-estar para as pessoas que estavam participando. As técnicas utilizadas foram: pintura e mandala. Para a realização das práticas terapêuticas foram utilizados: lápis de cor, giz de cera, desenhos do livro anti-estresse, palitos, tesoura, fios coloridos e colchonetes para as pessoas se sentirem mais



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

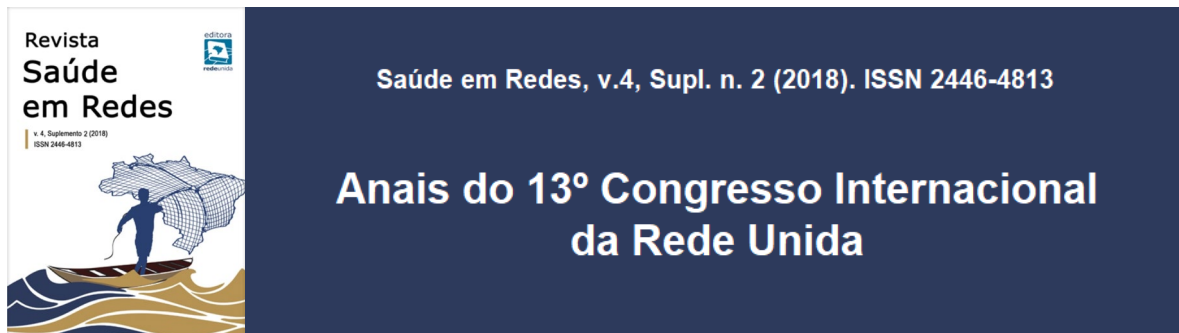
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

confortáveis na hora de confeccionar as suas artes. Os participantes eram livres para escolher a técnica que queriam produzir. Quando chegavam à tenda, quem escolhia a mandala, era explicado como fazer e dessa forma promover a saúde através das artes. O público foi composto por crianças, jovens e adultos. Resultados e/ou impactos: Pôde-se observar que tanto os pais quanto os filhos participaram das terapias realizadas durante a ação realizada no shopping. Enquanto os pais desenvolviam as mandalas na tenda, os filhos realizavam a pintura de imagens do livro antiestresse, que surgiram no meio editorial com o intuito de promover relaxamento em pessoas de diversas faixas etárias, já que colorir auxilia na diminuição da ansiedade, do humor, aumentando também a capacidade de atenção e na facilitação para dormir, o que gerou bastante curiosidade na pessoas no mundo na época em que foi lançado. A utilização dessa técnica foi bastante impactante para o projeto, visto que isso ainda não tinha ocorrido em outros lugares na cidade, o que tornou bastante pertinente o interesse dos pais e dos filhos na tenda do projeto “EDUCA-ART Saúde”, justamente por ser algo novo no local onde prestam serviços de bens de consumo diversos e lazer, porém há sempre a cobrança de taxa nos momentos de lazer tanto para os adultos como para as crianças. Na tenda foi disponibilizada a utilização de colchonetes, o que possibilitou que os participantes ficassem mais à vontade para realizar o processo terapêutico, porém as pessoas que se permitiram participar da ação que escolhiam se sentavam neste ou nas cadeiras também dispostas no espaço. Vale ressaltar, que nem todos os participantes escolheram o colchonete, por diversos motivos, porém, diziam sentirem-se confortáveis nas cadeiras. A Arteterapia realizada pelas pessoas que ali passavam lhes trouxeram muitos benefícios, além da alegria em ver um projeto que se preocupa com a saúde mental, psicologia e física eles se sentiram bastante confortáveis no ambiente que lhes foi proporcionado desenvolvendo suas mandalas e relatando relaxamento se esquecendo dos problemas externos, além de ser observado que compartilhavam suas vivências uns com os outros que ali produziam arte. Nas crianças que estavam colorindo o livro antiestresse foi observada a questão do bem-estar e concentração que foi proporcionado, além de ser trabalhado também o cognitivo, o livro de colorir tem essa influência de exigir a concentração deixando as pessoas desligadas do que está acontecendo ao redor obrigando a estes que os produz foco e atenção estimulando assim a criatividade e conseqüentemente o conhecimento e percepção o que favorece o crescimento dessas crianças. Considerações Finais: O atendimento de serviços básicos à comunidade é muito importante para a promoção de



saúde. Através dessas práticas é possível detectar problemas no âmbito da saúde que envolve a população local. Associar essas práticas com a arteterapia é uma forma de promover a saúde duas vezes mais. Isso porque as técnicas são uma forma complementar de auxílio e promoção a saúde dos indivíduos. Realizar mais projetos como esse para a comunidade em geral é uma forma de blindar as pessoas contra futuras doenças mentais e psicossomáticas. Além disso, promover esse tipo de ação em lugares diversificados nos quais frequentam variados tipos de pessoas, é uma estratégia importante quando se quer realizar arteterapia. A comunidade santarena pôde através da tenda do projeto EDUCA-ART Saúde a oportunidade de conhecer a arteterapia. Essa ainda não é muito conhecida por parte da população, que por mais que tenha o artesanato como uma das fontes de renda, não conhece as técnicas como terapia. Com isso, inserir essas atividades em uma ação em um shopping que tem como frequentadoras pessoas de diversos bairros da cidade foi uma forma de promover o conhecimento da arteterapia, bem como, saúde física e mental.

Palavras-chave: arteterapia; extensão; promoção a saúde



A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VAI AO CAMPO DE FUTEBOL.

Petra Matos, Kelly Calderaro, Liliane Nascimento, Luciana Kruk, Andrea Marassi, Amanda Medeiros, Dimitra Castelo

Apresentação: Na atenção primária à Saúde, através da vivência observa-se que os homens, de forma geral, têm certa restrição em se dirigir à unidade de Saúde, demonstrando assim sua despreocupação com sua saúde, o que traz uma realidade bem típica do universo masculino, que é sua “certeza” que não está vulnerável ao acometimento de doenças. Com certo preconceito e falta de conhecimento, existe uma lacuna na prevenção e no autocuidado. Não existe procura para atendimento, deixando que a saúde chegue ao seu estado crítico, o que causa grave transtornos econômicos a si e ao sistema. São doenças e agravos que acontecem de forma desnecessária, e que são evitáveis, basta que ocorra conscientização, esclarecimento e disposição. Com isto, o que se observa estatisticamente é que as causas externam-se as principais causas de mortalidade no sexo masculino, sendo este um desafio na atenção à saúde. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório. Por tais fatos foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem como objetivo promover ações de saúde ao homem. E para este objetivo se concretizar são necessárias estratégias de humanização, realização de ações e disponibilização de serviços. É uma forma de reconhecer que é necessário o cuidado com a saúde, especificamente do homem, pois seus agravos são crescentes, tornando-se tornando questão de saúde pública. Assim, imersos neste contexto, esta experiência teve como objetivos conscientizar o homem da responsabilidade com sua saúde e de seu protagonismo com seu próprio cuidado; esclarecer a diferença entre câncer de próstata e câncer de pênis e fatores graves relacionados a estas patologias; disponibilizar acesso a testes básicos fornecidos pela UBS, a fim de quebrar possíveis preconceitos deste gênero com relação ao acesso à saúde. Desenvolvimento do trabalho: A experiência foi realizada na unidade básica de saúde Sarah Martins, no bairro Apeú, na cidade de Castanhal – PA/Brasil, com início em abril de 2017. Foi uma experiência dentro do novembro azul, programação prevista pelo Ministério da Saúde. Pela manhã, na unidade, foram realizadas palestras sobre o câncer de próstata e câncer de pênis. A equipe de saúde fez coleta de PSA, testes rápidos de glicemia, atendendo nesta manhã, aproximadamente, 100 homens. Contudo, os



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

profissionais sentiram que era necessário ir além das paredes da unidade. Então, a tarde a experiência teve como objetivo ir ao encontro dos homens, visto que a problemática está justamente na dificuldade destes se dirigirem à unidade. Diante disto, a equipe da unidade programou a atividade em um campo de futebol, onde 100 homens jogam bola todas as sextas a tarde. Trata-se de uma associação, chamada Associação dos Veteranos do Apeú. Eles toparam a proposta. Lá a médica fez a palestra de conscientização da necessidade de cuidar da saúde, as vulnerabilidades que todos temos em relação à vida e sobre a importância de exames para evitar o câncer. Foram realizadas verificação de pressão, testes rápidos de glicemia e sobretudo, uma oportunidade de convivência com todos. Houve um momento de perguntas e respostas, para que eles pudessem tirar suas dúvidas. A coordenadora esclareceu que a unidade é da comunidade. Que todos podem chegar e ficar à vontade para cuidar de sua saúde. Colocou a equipe a disposição para que juntos pudessem ir eliminando a dificuldade de ir a unidade, cuidar da saúde sem esperar que o estado de sanidade ficasse crítico, como é observado atualmente. Resultados: Trata-se de uma experiência inovadora na unidade, pois é uma mudança de paradigmas onde todos fazem parte do processo. Entende-se que é desta forma que se promove a saúde. A experiência pela parte da manhã proporcionou a abertura da unidade a todos, quebrando o preconceito de que homem não vai a unidade. Foi fundamental a disposição da equipe para que eles se sentissem a vontade e saíssem conscientes que a unidade está de portas abertas e que a mesma é de cada um que faz parte desta comunidade. Como foi realizado um momento mais espontâneo, de café da manhã, toda a equipe, inclusive os estagiários puderam estar mais próximos dos homens presentes, e estabelecer um relacionamento que também possibilitou proximidade destes com a equipe de saúde. A segunda experiência, à tarde, foi uma surpresa pois não esperavam que a equipe estivesse tão disponível e acessível. Com a ida da unidade até eles, gerou um novo relacionamento. Este momento foi uma troca de experiências, por que a equipe também sentiu que seu escopo é assim delineado. A adesão à proposta das atividades antes do jogo foi aderida por todos. Após a execução das atividades previstas a equipe ficou no campo para prestigiar a partida, e os homens da equipe jogaram futebol com eles. Não faz sentido estar em uma unidade, na ponta do atendimento, se não tem essa abertura à comunidade. Com esta experiência segue uma nova fase no bairro do Apeú, com crescente protagonismo, coparticipação e corresponsabilidade com a saúde. Passadas uma semana após este evento, vimos vários destes homens, que estiveram presentes no campo,

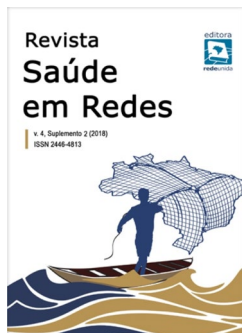


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

presentes no campo, indo a unidade marcar consultas e exames, o que demonstra um resultado positivo e uma quebra de muros entre a unidade e a comunidade, aqui representada pelo homem. É mesmo uma quebra de paradigmas, pois no Apeú é muito evidente a despreocupação dos homens com sua saúde. Diariamente vemos na unidade que as mulheres estão sempre presentes, preocupadas com seus cuidados, e os homens, que estão em minoria, vão somente em momentos críticos de sua saúde. Considerações Finais: A coletividade é traduzida através de ações e seus resultados, sejam eles positivos ou negativos, pois todos são responsáveis pelo processo. No caso específico desta experiência, o principal e mais relevante fato foi a quebra de possíveis obstáculos que existiam entre a unidade e os homens que fazem parte desta. Foi uma renovação de relacionamento entre os profissionais de saúde e sua comunidade, o que está gerando uma corrente de cuidados antes não vistos na comunidade. São experiências como esta que fazem que a promoção em saúde se tornar uma realidade implementada no setor saúde, visando o bem comum, onde a coletividade deve ser prioridade.

Palavras-chave: Saúde do homem; promoção de saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ITINERÁRIOS DE VIDA: O USO DE ÁLCOOL E A RUA COMO PRODUTORES DE SUBJETIVIDADE E REALIDADES SOCIAIS

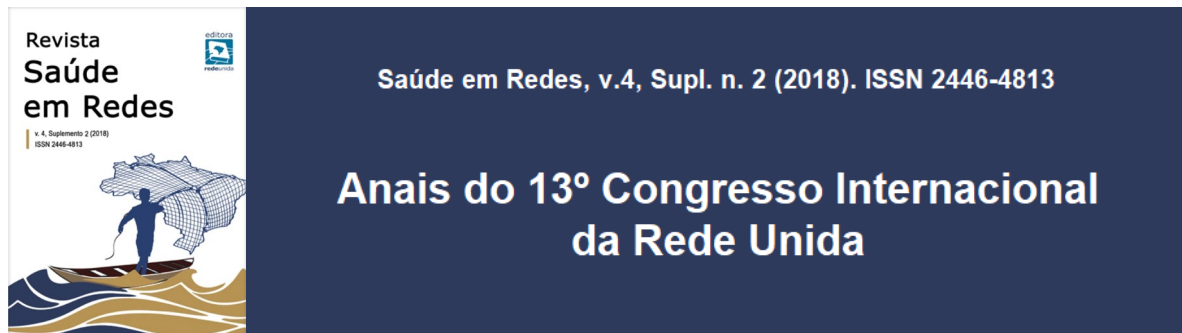
Marinara Nobre Paiva

INTRODUÇÃO

Em regiões metropolitanas compostas por centros urbanos é muito comum a presença de pessoas em situação de rua. Esta população é formada por pessoas heterogêneas de realidades diferentes, mas com situações em comum: a condição de vulnerabilidade social e a falta de pertencimento na sociedade. Diante disto, um dos fatores para a busca de álcool e outras drogas se dá pela vulnerabilidade citada. Por não compreender esta realidade a sociedade os condena mais ainda a marginalidade e despreza o fato de que muitos destes fazem uso de drogas como fuga de inúmeros sofrimentos. Deste modo, a população em situação de rua é atravessada por estigmas e vulnerabilidades. Entretanto, são também permeados por uma invisibilidade social. A partir do momento em os sujeitos não percebem a escassez material desse público, quando os seus corpos se confundem na cidade como se fosse mais um componente do lugar e quando seu sofrimento é silenciado, é desencadeado uma invisibilidade sobre este segmento populacional. Portanto, o objetivo é compreender como se dá a relação do álcool e as pessoas em situação de rua e de que maneira esta droga colabora para seu convívio em sociedade. Analisam-se, portanto, os processos de estigmatização das pessoas em situação de rua.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é fruto de uma pesquisa bibliográfica que teve como base de dados Scielo, Lilacs, livros e revistas. Foram utilizados 15 artigos e seu critério de inclusão foram os textos em língua portuguesa compreendidos entre os anos de 2002 a 2017, artigos que abordassem apenas a população de rua e álcool e que fosse de pesquisa qualitativa no campo das ciências humanas. Já os critérios de exclusão foram os artigos de línguas internacionais e blogs sensacionalistas. A análise de dados escolhida é a análise de conteúdo, na qual esta procura dar sentido a determinado documento. A categoria utilizada é a categoria analítica teórica constituída pelos conceitos: pessoa em situação de rua, álcool, drogas, vulnerabilidade, invisibilidade e subjetividade.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

A história da população em situação de rua é ligada diretamente ao surgimento de sociedades pré-industriais e, conseqüentemente, ao movimento de expansão capitalista na Europa. Para a construção das indústrias na época, muitas pessoas foram despejadas de suas terras, especialmente os camponeses, e nem todos foram acolhidos ou adaptados por esse novo movimento. Gerou assim uma grande população nas ruas, em total desalento. No Brasil, a população em situação de rua cresceu na década de 1980 devido à mudança de regime político no país. Justamente nesse tempo foi o momento que a era da globalização eclodiu, as taxas de desemprego elevaram-se e houve uma intensa depressão econômica. Como resultado, a miséria fez parte da vida de muitos brasileiros e acabaram por ter como “moradia” as ruas, sem outras escolhas. Contudo, ainda hoje é muito comum perceber a presença das pessoas em situação de rua, que infelizmente são vítimas de preconceito e segregação social. São vistos como impróprios para a convivência no mesmo ambiente e ao mesmo tempo como pessoas ameaçadoras. Isso faz com que a repressão seja mais um comportamento negativo com esse público. Em consequência, a higienização se torna uma ação paralela à conduta repressora. Portanto, esse segmento populacional é atravessado por vulnerabilidades e opressões. As dimensões citadas colaboram para que a sociedade estigmatize e, ao mesmo tempo, invisibilize essa população. A invisibilidade da população em situação de rua se dá quando não percebemos a falta de recursos materiais dessas pessoas e quando seus corpos se confundem na cidade, como se eles fossem mais um componente do contexto. Deste modo, não permitimos novos encontros, não conhecemos novas histórias de vida e não entramos em contato para compreender como a rua produz a subjetividade dessas pessoas. A invisibilidade social vai para além de seu significado, onde o sofrimento da população em situação de rua é silenciado, não havendo modos de expressá-lo. Também faz parte desse processo “invisibilizante” os locais onde eles habitam, sendo permeados por uma visão de ameaça, vagabundagem e inutilidade. Buscando modos de sobrevivência a tantas mazelas, discriminação e invisibilidade, uma de suas fugas da realidade é a recorrência ao uso de álcool e/ou drogas. O álcool e/ou drogas têm funções que tangem ao aspecto físico, psicológico e social da pessoa em situação de rua. Dentre elas, estão a alteração da consciência para rememorar experiências passadas; integração em grupos que são compostas pelas mesmas pessoas em situação de rua, pois ela é um elemento socializador; ajuda nos processos fisiológicos da noite, tais como frio e fome, bem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

como em tempos de solidão, alívio do sofrimento psíquico e constrói processos identificatórios tanto com a rua quanto com o álcool e/ou drogas. Portanto, faz-se necessário a Psicologia ter como premissa de cuidado a política de Redução de Danos, na qual esta se fundamenta em apresentar estratégias de cuidado em saúde e melhoria da qualidade de vida do sujeito, reduzindo danos presentes e possíveis danos futuros que a droga possa acarretar.

CONCLUSÃO

A partir do que foi visto, percebe-se que o álcool e/ou outras drogas são elementos que se fazem presente em boa parte da população em situação de rua com uma finalidade que se torna muito clara: a sobrevivência nos espaços das cidades. É importante ressaltar que eles auxiliam a tolerar e suportar a realidade de discriminação, estigmas e invisibilidades que as ruas proporcionam, tornando-se assim uma alternativa possível à essas mazelas. Não a toa, as funções da bebida alcoólica e/ou drogas se referem aos aspectos sociais, físicos e psíquicos. Entretanto, as representações sociais que são atribuídas à população em situação de rua tais como maloqueiros, bêbados, bebum, “nóia”, trecheiros e pedreiros segundo dizem respeito só ao que é perceptível, ao visível, ao palpável. Mas as relações que são mantidas com esses elementos dizem respeito ao não tangível, ao subjetivo, ao intocável. Por este motivo, a população em situação de rua é carregada de estigmas sociais, preconceitos e invisibilidade devido a sua condição, seu estado de morada e por ser ela que nos mostra quem somos na intimidade, que fogem de obrigações que nos permeiam e que nos fazem reconhecer nosso lugar de sujeito. Portanto, cabe à Psicologia acolher e propor o espaço da escuta a esses sujeitos atravessados por angústias e sofrimentos, bem como atuar com a política e estratégia de Redução de Danos. Deste modo, são minimizados danos presentes e futuros que as drogas acarretam, bem como alivia e/ou diminui o sofrimento instalado nessa população que tanto precisam do nosso olhar enquanto sujeito e enquanto ciência.

Palavras-chave: pessoa em situação de rua, álcool, drogas, vulnerabilidade, invisibilidade e subjetividade.



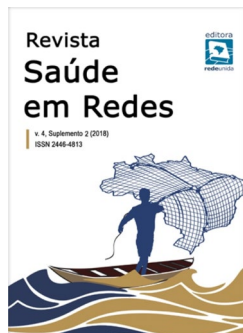
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO AGENTE TRANSFORMADOR, NO ATENDIMENTO A POPULAÇÃO RIBEIRINHA DO ARQUIPÉLAGO AMAZÔNICO.

Erika Rêgo da Cruz, Amanda Sthefpanie Ferreira Dantas, Elielson Paiva Sousa, João Enivaldo Soares de Melo Júnior, Jayme Renato Maia Abreu Cordeiro, Francisca Dayse Martins de Sousa

Apresentação: As instituições de ensino superior obrigatoriamente oferecem atividades na perspectiva de três pilares para o desenvolvimento da formação profissional: o ensino, pesquisa e a extensão. Nesse sentido, os programas de extensão têm por objetivo principal, unir o conhecimento adquirido em sala de aula e aplicá-lo no desenvolvimento da comunidade, ou seja, estes projetos possuem uma via de intensa interação entre a universidade mediante ações para a sociedade, capaz de operacionalizar a relação entre teoria e prática. Sendo que, os ribeirinhos da Amazônia são por vezes, isolados e com diversos tipos de carências, estando entre os grupos em situação de maior vulnerabilidade no que concerne a assistência à saúde devido às iniquidades presentes neste setor. Em vista disto, o projeto de extensão “Luz na Amazônia” foi elaborado com foco na população ribeirinha do arquipélago amazônico, com o intuito de prestar apoio regular a esse público, por meio da utilização de um barco no qual navega sobre a bacia amazônica, disponibilizando assistência para as comunidades dessa região. Em face do exposto, esse projeto social juntamente com a Universidade Federal do Pará, através de seus programas de extensão, possui grande importância diante das necessidades de saúde da população ribeirinha, por mérito do impacto transformador no qual afeta a realidade social na localidade. E ao ponderar essa relevância, consideramos os resultados da sua efetividade tanto a médio quanto a longo prazo, pois disponibilizam atendimento com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos), juntamente com auxílio de estudantes universitários da área, assim como oferecem a realização de alguns exames clínicos e laboratoriais, dentre outros serviços ofertados. Resultando desse modo, na diminuição da espera por consultas, auxiliam no diagnóstico precoce das doenças e desse modo, agilizam na detecção de possíveis agravos patológicos, acarretando início do tratamento adequado, com probabilidade maior a cura, além de atuar na educação em saúde. É válido ressaltar também, que estas populações ribeirinhas possuem diferentes concepções, baseadas e transmitidas principalmente pelo



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

senso comum, por isso o profissional da saúde precisa se adequar a esta realidade, com a finalidade de prestar-lhe a devida assistência, independentemente da sua cultura. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde diferenciadas para estas populações, destaca-se a atuação direta da enfermagem como agente educador em saúde, prestando um cuidado holístico e compreensivo, visando uma assistência adequada à bagagem cultural deste povo dentro da diversidade de identidade e valores. Nesta conjuntura, o objetivo deste é compartilhar a experiência vivenciada em comunidade ribeirinha, para persuadir profissionais de saúde no estímulo a população, quanto a reflexão sobre o autocuidado com a saúde, além de práticas preventivas a doenças.

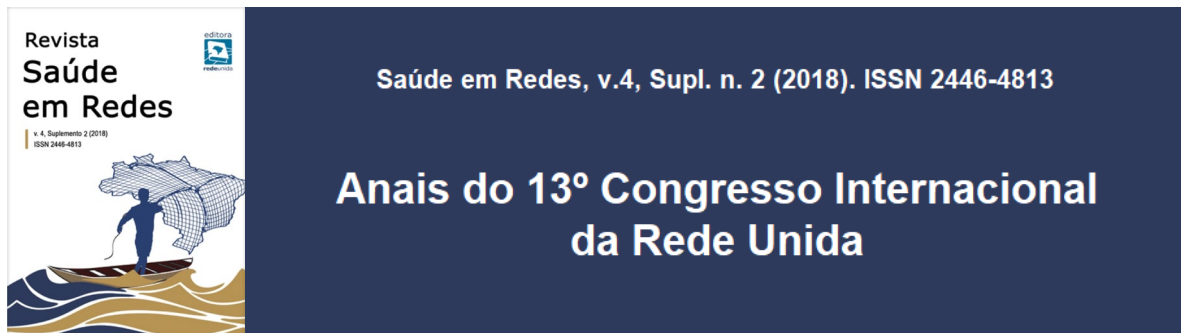
Desenvolvimento do trabalho: A ação foi vivenciada pelos acadêmicos do 2º e 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob orientação e supervisão dos docentes da referida universidade. Foi realizada no dia 08/11/2016, em uma ilha ribeirinha, próximo a região metropolitana do município de Belém, Pará, Brasil, tendo como público alvo a população residente que dispunha de alguma necessidade de assistência à saúde. A ação foi realizada através de uma parceria da Universidade Federal do Pará juntamente com o “Projeto Luz na Amazônia”, que presta há 51 anos atendimento a essas populações ribeirinhas; o projeto disponibilizou o barco, para os atendimentos e para o transporte (dos acadêmicos e docentes), além da alimentação. Os discentes foram divididos em grupos, para ocuparem funções distintas. Foram recebidos públicos variados, dentre eles: crianças, adolescentes, adultos e idosos para realização de exames a saber: hemograma, exame preventivo do câncer de colo uterino (PCCU); foram oferecidas orientações de enfermagem relacionadas às doenças mais recorrentes na comunidade. Além disso, houve assistência de enfermagem durante as consultas realizadas, estas consistiam na aferição de sinais vitais, verificação de índice glicêmico e prestação de esclarecimentos as dúvidas e/ou curiosidades da população sobre algumas outras temáticas. No momento da ação alguns grupos ocuparam o andar de cima do barco para o acolhimento, orientações, tratamento e profilaxia das doenças mais incidentes na comunidade local, sendo desde infectocontagiosas, parasitárias até sexualmente transmissíveis; além da triagem dos pacientes, que foram sendo direcionados para os atendimentos disponíveis. Outros grupos ficaram responsáveis pela coleta de sangue e PCCU. Resultados e/ou impactos: A ação obteve excelentes resultados, que satisfizeram os objetivos propostos pela mesma, pois o público-alvo foi bastante participativo e ativo, durante as orientações, nos cuidados com a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

saúde, esclareceram dúvidas e receberam de bom grado os serviços prestados. Em relação ao acolhimento foi perceptível a interação de todos, pois entenderam o intuito da ação e do projeto. Ademais, alguns demonstraram resultados alterados em relação aos padrões de normalidade dos sinais vitais, mesmo não sendo diagnosticados com determinadas patologias, estes receberam orientações importantes de enfermagem sobre aderir hábitos de vida saudáveis, prevenção de doenças e início imediato do tratamento daqueles com diagnósticos patológicos, para garantirem uma qualidade de vida. Durante as palestras das patologias houve um entendimento eficiente por parte da população, haja vista o envolvimento em participar por meio de perguntas e informações acrescentadas baseadas nos conhecimentos culturais dos ouvintes, conhecimentos empíricos estes, que foram acolhidos e respeitados pelo corpo acadêmico. Houve um número significativo de pacientes que compareceram para a coleta de sangue, entre crianças e adultos, que buscavam através do hemograma obter um diagnóstico patológico, em sua maioria, bem como o público que buscou pelo exame de PCCU, com idade que variavam desde os 14 até os 65 anos, estas buscaram o atendimento também por motivos de sintomatologia sugestiva de uma patologia, sendo a maioria diagnosticada com algum processo inflamatório, o que mostra que ainda é preciso realizar intervenções educativas para falar sobre os cuidados preventivos na atenção primária, pois as condições de vida desfavoráveis e a falta de suporte assistencial a saúde são os elementos que têm maior impacto negativo na saúde das pessoas ao longo da vida. O que mostra o papel fundamental e diferencial dos profissionais de saúde ao traçar estratégias voltadas para o aspecto educativo além de proporcionar atenção integral à saúde com ênfase na promoção e prevenção de doenças, que são as bases do sistema único de saúde (SUS). Foi perceptível também a importância de se realizar ações dessa natureza, que possibilitam valiosas experiências e aprendizados aos discentes, além de favorecer a população carente de assistência à saúde e que certamente podem impactar positivamente na qualidade de vida destas. Considerações Finais: Desse modo a experiência vivenciada durante a ação, nos possibilitou um entendimento maior a cerca do papel primordial exercido pelo profissional de enfermagem, na medida que esse por ter um contato maior com seu cliente e buscar compreender o meio ao qual está inserido, torna-se um agente transformador, buscando sempre por soluções que se adequem aos diferentes públicos e seus meios de convivência. Ressalta-se ainda a necessidade de maiores investimentos em atividades que promovam a prevenção em saúde das populações ribeirinhas, bem como a



importância, de ações de extensão, na formação dos acadêmicos de enfermagem e demais profissionais de saúde contribuindo para torna-los profissionais competentes, capacitados para atuar nas mais diversas situações, além de gerar nestes profissionais um conhecimento que possa viabilizar uma relação inovadora entre a Universidade e a sociedade.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Promoção da Saúde; População



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

REFLEXÕES DA GEOGRAFIA DA SAÚDE SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E LEITOS NA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS

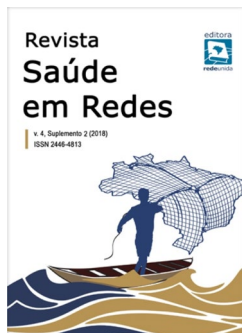
Larissa Cristina Cardoso dos Anjos, Adorea Rebello da Cunha Abulquerque, Rafael Esdras Brito Garganta da Silva

O presente trabalho tem o objetivo de expor a disponibilidade dos recursos físicos (leitos) e humanos (médicos e enfermeiros) na Região Metropolitana de Manaus (RMM), sob a perspectiva da Geografia da Saúde. Os procedimentos metodológicos envolveram o levantamento de estudos sobre a temática, a destacar: as discussões realizadas por Viana et al (2015) e Scheffer et al.(2015) e o levantamento de dados secundários no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), onde as informações foram comparadas com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

As informações foram organizadas em planilhas do Excel, e posteriormente importadas para a plataforma ArcGIS 10.3, cuja as informações foram adicionadas na tabela de atributos do shapefile dos municípios que fazem parte da RMM, para a elaboração de mapas e gráficos. Ressalta-se que o recorte temporal utilizado para a discussão variou entre os anos de 2010 a 2015.

De acordo com os resultados obtidos pelo estudo de Viana et al. (2015), intitulado “Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil”, as Regionais de Saúde do Brasil foram divididas em 05 grupos, a partir do levantamento do perfil socioeconômico e oferta de serviços de saúde. A classificação das regionais estabeleceu os 05 grupos: Grupo 1 – baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços de saúde; Grupo 2 – médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de saúde; Grupo 3 – médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços de saúde; Grupo 4 – alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços de saúde; Grupo 5 – alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços de saúde.

Direcionando a pesquisa para a RMM, a regional de saúde Manaus e entorno foi classificada no grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) e as demais regionais de saúde que compreendem a RMM (Rio Negro e Solimões e Médio Amazonas) foram classificadas no grupo 1, com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de serviços. No referido estudo, as regionais de saúde que englobam a RMM apresentaram disparidades em relação à oferta de recurso físico e humano.

Sobre a disponibilidade de médicos no país, o relatório de Demografia Médica no Brasil, realizado em 2015, aponta algumas considerações sobre a distribuição de médicos no Brasil e regiões administrativas. De acordo com Schefferet al. (2015), a razão nacional de médicos no país é de 2,11 médicos por 1.000 habitantes, mas a sua distribuição é desigual no território, onde a Região Norte concentrou 70% dos médicos nas capitais no ano de 2014, a capital do Amazonas com 2,08 médicos por 1.000 habitantes e o interior do estado com 0,13 médicos para atender 1.000 habitantes no ano de 2014.

Conforme a Base de Indicadores das Regiões de Saúde (BIRS, 2015), os municípios da RMM que apresentaram maior oferta de médicos por 1.000 habitantes, foram Manaus (1,52), Iranduba (0,91) e Manacapuru (0,66). Apenas os municípios de Manaus, Iranduba, Presidente Figueiredo e Manacapuru apresentaram médico com atendimento particular. Em relação à oferta de enfermeiros na RMM, os municípios do Iranduba, Itapiranga, Rio Preto da Eva apresentaram maior oferta de enfermeiros por 1.000 habitantes, correspondendo a 1,09; 1,01 e 0,92, respectivamente.

Considerando a oferta de enfermeiros pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apenas Manaus e Manacapuru apresentam oferta de enfermeiros por serviços de saúde particular, no qual Manaus apresenta 0,66 médicos por 1.000 habitantes pelo SUS, e Manacapuru 0,71 médicos por 1.000 habitantes. Neste sentido, observa-se em relação à oferta de médicos dos municípios que compõe a RMM, apenas Manaus apresentou maior oferta de médicos em 2015, em contrapartida, 02 municípios da Regional Manaus entorno de Manaus apresentaram maiores ofertas de enfermeiros por 1.000 habitantes (Iranduba e Rio Preto da Eva) e Itapiranga, município da Regional Médio Amazonas, ambos ultrapassando a capital do estado.

Em relação a oferta de leitos, o Ministério da Saúde (MS) estima a necessidade de leitos hospitalares de internação, com cerca de 2,3 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Seguindo a orientação do Ministério da Saúde (MS) com a população da RMM entre os anos de 2010 a 2015, Itapiranga foi o único município da RMM a alcançar o número de leitos recomendado pelo MS, nos anos de 2010, 2011 e 2012. Os municípios de Manaquiri, Iranduba e Careiro apresentaram menores números de leitos por 1.000 habitantes, variando de 0,4 a 0,7 leitos.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Aplicando o cálculo do número de leitos recomendado pelo MS, tendo em vista à necessidade dos municípios da RMM, utilizando somente o número de leitos ofertados pelo SUS, o cenário da disponibilidade dos leitos se modificou nos municípios de Manaus e Presidente Figueiredo. Portanto, nos referidos municípios, a disponibilidade de leitos ofertados pelo SUS se assemelha aos demais municípios da RMM, onde a capital do estado, mesmo abrangendo a alta complexidade, apresentou menor disponibilidade de leitos de municípios que se apresentam como baixa complexidade no plano de regionalização de saúde, a exemplo, Itapiranga e Silves.

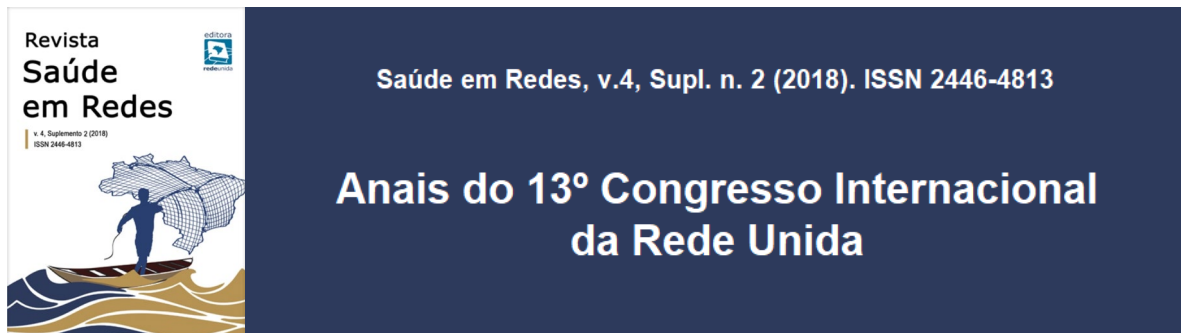
Comparando a classificação dos grupos da tipologia das regiões realizada por Viana et al. (2015) e a disponibilidade de leitos na RMM, todos os municípios da RMM se classificam no Grupo 1, devido à baixa oferta de leitos nos hospitais.

A RMM engloba 13 municípios, em uma área 127.168,682 Km² com população de 2. 210.647 hab. (IBGE, 2010), na qual 82% da população metropolitana está concentrada na capital do estado, representando 1.802.014 hab. Portanto, os 193.879 habitantes da RMM (exceto Manaus) estão distribuídos em 115.767.590 Km².

Devido a essa discrepância populacional e territorial na RMM, Sousa (2013) ressalta que a sua extensão territorial é heterogênea, sob o ponto de vista da produção socioespacial, no entanto, a RMM não pode ser explicada apenas pelo ângulo dos seus pontos cardeais, um recurso que pouco explica a realidade dos lugares. A realidade desses lugares se difere no espaço metropolitano, tanto pela Geografia Física da região, quanto pelos aspectos econômicos, sociais e culturais e principalmente pela situação da população nos territórios, no que se refere a população rural e urbana

Destaca-se que a população da RMM, (exceto na capital) encontra-se dispersa no território, e apresentando baixa densidade demográfica, principalmente nos municípios de Novo Airão, com 0,39 habitantes por Km², Presidente Figueiredo com 1,07 habitantes por Km² e Itapiranga com 1,94 habitantes por Km², apresentando-se como os municípios com menores densidades demográficas da RMM. Em contrapartida, Manaus, Manacapuru e Iranduba, apresentam maiores densidades demográficas, com 158,06, 18,42 e 11,62 habitantes por Km², respectivamente (IBGE, 2010).

A RMM engloba o município do Brasil com maior proporção da população morando na área rural, representando pelo município do Careiro da Várzea, com 04% (1.000) da população



morando na cidade, enquanto a capital do estado concentra 99% (1.792,881) da população na cidade.

Considerando os parâmetros do MS, no que se refere à distribuição de recursos físicos e humanos, os municípios da RMM permaneceram como número de médicos, enfermeiros e leitos bem abaixo do recomendado, e do ponto de vista da Geografia da Saúde, as informações discutidas no presente estudo direcionam para uma análise catastrófica da saúde, principalmente quando são relacionadas às particularidades da Geografia Física e humana da Amazônia.

Palavras-chave: geoprocessamento; RMM; recursos.



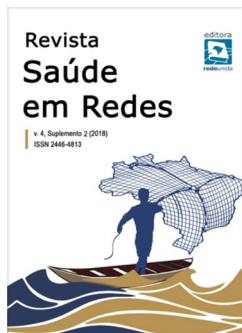
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMUMENTE OBSERVADOS COMO NECESSIDADE DE SAÚDE DOS ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS INTERNADAS

Roberta Brelaz do Carmo, Edficher Margotti, Elizama Nascimento Pastana, Greyciane Ferreira da Silva, Joyce Petrina Moura Santos, Lisandra Cristina Barbosa Gomes, Mônica Santos de Araújo Lima, Rennan Coelho Bastos

Apresentação: Quando algo acontece no percurso natural e uma criança precisa ser internada por alguma teratogênese, patologia, infecção ou pós-operatório, geralmente é a mãe que assume o papel de acompanhante, mudando sua rotina, muitas vezes deixando de ser esposa e trabalhadora, para dedicar-se integralmente ao filho hospitalizado. O ato de cuidar realizado pelo acompanhante no âmbito da reparação ou tratamento de doenças é uma tarefa árdua e contínua, a qual é passível de gerar sentimentos negativos que podem afetar a saúde física e psicossocial destes indivíduos. Como a maioria dos hospitais tem em seu bojo práticas pautadas no modelo biomédico, onde é dada maior importância à cura da doença, e desconsiderando o indivíduo, muitas vezes os acompanhantes acabam sendo esquecidos pela equipe multiprofissional. A presença do acompanhante gera o afeto necessário que o paciente precisa, por possuir maior vínculo e intimidade com o mesmo e, conseqüentemente, contribuir com o melhor prognóstico e facilidade em aceitar o tratamento. Contudo, para que o elo acompanhante-paciente seja harmônico, além da familiaridade, é necessário que haja a atenção, prestação de cuidados e promoção à saúde para ambos. A práxis norteadora do trabalho do enfermeiro, o qual tem o cuidado como processo de trabalho a ser realizado, é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual proporciona uma assistência individualizada a pacientes e seus acompanhantes, com vistas a melhorar sua qualidade de vida. A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que auxilia no processo de organização da equipe enquanto método e recursos, permitindo a operacionalização do processo de enfermagem individual e pautado nas necessidades do indivíduo mediante suas cinco etapas definidas em: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Diante deste contexto, objetiva-se traçar os principais diagnósticos de enfermagem com base nos problemas identificados e relatados pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas, inferindo a importância da assistência ao ser humano de forma holística e humanizada, fazendo uso da SAE. Desenvolvimento do trabalho:



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Trata-se de um relato de experiência que ocorreu no mês de dezembro/2017 na clínica pediátrica de um hospital universitário localizado em Belém-PA durante as práticas da atividade curricular Enfermagem em Pediatria. O processo de construção do trabalho foi desenvolvido mediante a utilização da SAE a partir da operacionalização das duas primeiras etapas do processo de enfermagem, a saber: histórico de enfermagem ou anamnese e diagnósticos de enfermagem. A anamnese compreende a busca de informações mediante questionamentos e exame físico, enquanto o diagnóstico de enfermagem é composto por enunciado, característica definidora e fator relacionado, tendo esses dois últimos itens estabelecidos de acordo com a individualidade de cada ser. Os dados foram coletados, por intermédio do histórico de enfermagem, com 18 acompanhantes, sendo 16 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Destes, 16 eram de vínculo materno ou paterno e 2 de outro grau de parentesco. Inicialmente, todos os acompanhantes foram indagados acerca da constância com que a equipe multiprofissional os questionava quanto a sua saúde no nível biopsicossocial, e a resposta unânime foi de que isso nunca acontecia. A partir dessa informação iniciou-se a primeira etapa da SAE, de forma individual, no momento em que o grupo ia fazer procedimentos de enfermagem nas crianças internadas. Os alunos perguntavam aos acompanhantes sobre suas Necessidades Humanas Básicas (NHB), doenças crônicas e antecedentes familiares, além de antecedentes obstétricos em caso de mulheres. Posteriormente, a partir da Taxonomia da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I) 2015-2017, foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais comuns de acordo com as NHB afetadas nesses indivíduos considerados saudáveis no ponto de vista do modelo biomédico. Resultados e/ou impactos: Diversos foram os diagnósticos de enfermagem encontrados, mas posto que as características definidoras e o fator relacionado muitas vezes variavam de pessoa para pessoa, definiu-se que apenas os enunciados mais comuns seriam evidenciados de forma respectiva, a saber: ansiedade, notória em todos os acompanhantes, os quais almejam a cura do paciente; padrão de sono prejudicado, encontrado em 15 pessoas por diversos fatores; estresse por mudança, identificado em 10 cuidadores; estilo de vida sedentário, diagnosticado em 9 acompanhantes; conhecimento deficiente e volume de líquidos deficiente diante da pouca ingestão hídrica foram diagnósticos encontrados em 8 pessoas; controle ineficaz da saúde, sobrecarga de estresse devido muitos gastos financeiros e atividade de recreação deficiente foram vistos em 7 indivíduos; nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais foi avistado em 6



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

peessoas, a maioria relacionado ao sabor e quantidade de alimento oferecido pela instituição; e quanto ao diagnóstico de enfermagem de disposição para esperança melhorada, apenas 4 de todos os 18 acompanhantes revelaram-no durante a anamnese. Houve a identificação de outros diagnósticos de enfermagem, porém em um número abaixo de 4 pessoas, sendo alguns de importância fundamental, tais como: eliminação urinária prejudicada em 3 indivíduos e disposição para o controle da saúde melhorado evidenciado em apenas 1 cuidador, o que reflete no requerimento maior de atenção a ser prestado aos acompanhantes. A aplicação da SAE aos acompanhantes é crucial para implementar cuidados partindo da realidade e necessidades desses indivíduos quanto ao que for competência da equipe de enfermagem ou acionar outras categorias profissionais quando precisar, sendo esta uma obrigação do enfermeiro. Nota-se a necessidade de acompanhamento psicológico aos cuidadores, bem como auxílio de assistente social diante da interrupção no trabalho para assumir as responsabilidades de acompanhante na sua integralidade, afetando a renda familiar. Ademais, há um grande déficit quanto à educação em saúde prestada de forma individual, e em casos pontuais de forma coletiva, caracterizada por um desconhecimento sobre a doença, formas de tratamento, intervenções médicas e intervenções de enfermagem, pois apesar de grande maioria dos indivíduos relatarem um bom relacionamento com a equipe multiprofissional, eles alegam que os profissionais não explicam os procedimentos a serem realizados a beira do leito, ou a necessidade de deixar a criança em jejum antes de determinados exames, por exemplo. Considerações finais: Muitas vezes acompanhar um ente querido que encontra-se hospitalizado é suficiente para abalar a estrutura familiar e o psicológico do cuidador, podendo desencadear inúmeros problemas físicos e sociais para tal, sendo responsabilidade do profissional de saúde saber identificá-los o quanto antes para intervir, visando prevenir agravos e promover saúde, visto que o bem estar físico e emocional é uma necessidade de todos os seres humanos, daí provém à importância de assistir não apenas a criança internada, mas também seu acompanhante e sua família.

Palavras-chave: Cuidadores; Anamnese; Diagnóstico de Enfermagem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ LOCAL DE PREVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL EM SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP: DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Rosimary de Oliveira Pedrosa, Paula Bertoluci Alves Pereira, Claudielle de Santana Teodoro, Cristiane Lopes de Souza, Talita Luíza Faria, Giovanna Martini Perovano Cesar, Vanessa Manno Frasca, Cintia Ferreira, Caroline Amorim Mesquita de Oliveira, André Paiva, Pâmela Silvestre Almeida Macáu, Elisa Carolina de Carvalho

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:

Considerando o alarmante índice de mortalidade materno infantil referente ao ano de 2015 no território 5 de saúde do município de São Bernardo do Campo-SP, várias discussões foram disparadas junto aos gestores e trabalhadores para o enfrentamento dessa situação no início de 2016. O cuidado materno infantil permeou a pauta de vários encontros de educação permanente territorial, sendo estabelecido como uma das estratégias a implantação de comitês locais de prevenção e investigação de mortalidade materno infantil nas unidades básicas de saúde (UBS). A partir de março de 2016, foi constituída uma rede de comitês locais nas UBS Silvina, UBS Leblon e UBS Montanhão os quais buscam identificar todos os óbitos maternos/infantis para elaboração de estratégias de prevenção e intervenção na atenção básica, discussão do cuidado a gestante, puérpera e criança, bem como construir parcerias intersetoriais a fim de potencializar o trabalho em rede e garantir a integralidade do cuidado.

OBJETIVOS:

- Estabelecer uma rede setorial e intersetorial de vigilância aos óbitos, incentivando a identificação de todos os óbitos, o conhecimento de suas causas e fatores determinantes;
- Monitorar e acompanhar sistematicamente os indicadores de avaliação da assistência obstétrica, neonatal e de saúde da criança;
- Identificar em cada caso discutido o que deve ser modificado para evitar mortes preveníveis e comunicar àqueles que podem interferir para a realização de mudanças necessárias, propondo medidas para sua redução. As recomendações e medidas são encaminhadas pelo Comitê às autoridades responsáveis (Departamento de Atenção Básica, Gerência da UBS);



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

- Reunir dados levantados do nível municipal e local, com a finalidade de identificar os subgrupos de população de maior risco;
- Sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a situação da mortalidade visando a melhoria da qualidade no cuidado à saúde da mulher e criança;

METODOLOGIA:

Cada comitê é formado por uma equipe multiprofissional, que são representantes das equipes locais de saúde da família, contendo: enfermeiro, médico generalista, ginecologista, pediatra, psicólogo, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, além do gerente da UBS, apoiadores em saúde e referência da atenção básica. Os encontros são realizados mensalmente em cada UBS, com duração de 04 horas, com calendário previamente estabelecido e aprovado pelas equipes.

As pautas são elaboradas com base nas discussões disparadas a partir da investigação dos óbitos maternos, fetal e infantis ocorridos, por temas propostos por membros do comitê e/ou do Departamento de Atenção Básica, a discussão gestão do cuidado e da clínica das linhas da gestante/puérpera e criança.

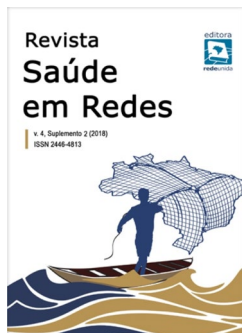
Em situações especiais e havendo interesse por parte do Comitê, são convidados representantes de órgãos e entidades que possam contribuir para execução de trabalhos específicos. Tal ação vem desencadeando a construção de parcerias junto a trabalhadores de outros pontos de atenção e da rede intersetorial.

Cada representante do comitê tem a responsabilidade de capilarizar as discussões, orientações e estratégias pactuadas para a equipe de saúde da família de sua referência a fim de garantir o envolvimento de todos e a qualificação do cuidado, bem como o monitoramento e acompanhamento de cada caso.

As reuniões são registradas em livro ata e as condutas/encaminhamentos de cada caso registradas em prontuários.

RESULTADOS:

Os comitês locais vêm atuando como um dispositivo importante de educação permanente contribuindo para a qualificação das linhas de cuidado da gestante, puérpera e criança, ampliação da caixa de ferramentas das equipes de saúde, ao mesmo tempo em que aprimora as ações de vigilância de óbitos.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A análise de cada evento permite identificar os nós críticos nas linhas de cuidado em cada serviço e na rede de saúde do município de São Bernardo do Campo, propiciando a construção de estratégias de enfrentamento e resolução dos problemas.

A partir dos comitês várias ações foram desencadeadas de acordo com as singularidades e necessidades de cada unidade de saúde, sendo algumas delas: Parceria da unidade básica com a creche/escola para realização de roda de conversa dos médicos da UBS com Professores e Educadores para tirar as principais dúvidas com relação aos problemas de saúde apresentados pelos alunos durante período escolar; Articulação municipal com a regulação estadual para cadastrar o município de São Bernardo do Campo para receber cota de agendamento no Ambulatório de Erro inato de metabolismo da UNIFESP; Articulação e parceria com Centro de Detenção Provisório do município para a realização do tratamento de parceiros reclusos das gestantes com sífilis; Discussão do protocolo municipal do tratamento de sífilis com Infectologista do SAE no Comitê; Encontro dos conselheiros tutelares com profissionais da saúde do ambulatório de infectologia infantil, unidade básica de saúde, apoiadores para discussão da saúde da criança como garantia de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os comitês locais representam uma possibilidade de reflexão acerca do seu processo trabalho, bem como ampliação da caixa de ferramentas para a construção compartilhada de novas estratégias que garantam o cuidado integral na assistência da saúde da mulher e da criança.

Promover a discussão em espaços que envolvam as equipes de saúde da família utilizando como disparador as investigações dos óbitos ou eventos maternos infantis favorece a produção de sentido para os mesmos. Além disso vem desencadeando ações setoriais e intersetoriais a fim de potencializar essa linha de cuidado ao estabelecer uma rede de proteção e vigilância.

Palavras-chave: Comitê Mortalidade materno infantil; Educação permanente em saúde, Micropolítica do trabalho



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

MOBILIZAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR): VISIBILIDADES E POSSIBILIDADES DE GARANTIA E CONQUISTA DE DIREITOS SOCIAIS.

Paula Monteiro de Siqueira, Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Este trabalho tem por objetivo divulgar resultados parciais de uma pesquisa de mestrado cuja coleta de dados foi realizada no decorrer do ano de 2017. Este tem como objeto de pesquisa as Políticas de Saúde para Populações em Situação de Alta Vulnerabilidade Social.

A metodologia empregada foi a abordagem cartográfica e teve como campo de pesquisa o cotidiano de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua (CnaRua) no Município de São Paulo/SP, participação na Comissão de Saúde para a Pessoa Vulnerável do Conselho Municipal de Saúde/SP (CMS-SP), participação no Projeto de Extensão A cor da Rua, outros espaços de discussão e problematização das questões que condizem à Pessoa em Situação de Rua (PSR) tais como: o Comitê Intersectorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua, o Movimento Nacional População de Rua (MNPR), dentre outros. Aproximamo-nos desses espaços de maneira que pudéssemos compreender os processos de modo orgânico, participando e constituindo os coletivos de forma ativa. Em alguns casos coletamos entrevista e esse material foi transcrito dando corpo a base de dados da pesquisa.

As Pessoas em Situação de Rua/PSR “escapam” ao imaginário normativo do que seria a vida em sociedade, por isso, por muito tempo, foi objeto de intervenção policial e/ou assistencialista. O reconhecimento de que essa população é portadora de direitos é recente e ensejam iniciativas políticas no sentido de assegurá-los. Cabe também interrogar em que medida e com que propósitos tais “vidas sem valor (ou indignas de serem vividas)” passam a ter valor e relevância político-jurídica.

No contexto da sociedade capitalista a desigualdade é condição para que o capital possa se reproduzir e aumentar o seu lucro. Como a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos destinados para atender aos direitos básicos como saúde e moradia não são suficientes para alcançar a todos que necessitam, a exclusão social e a divisão entre pobres e ricos é acentuada. Somado a isso há o estigma que rotula aqueles que estão na condição de rua como incapazes, como bandidos e criminosos, acentuando a criminalização da pobreza.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Diante disso, a mobilização social e a formação de coletivos são importantes para dar visibilidade às populações que são marginalizadas e viabilizar a garantia de seus direitos, bem como a mudança social.

Nesse sentido, as políticas públicas, quando tem como foco dirimir a exclusão social, devem centrar sua intervenção nas dimensões econômica, simbólica e sociocultural de forma integrada, centralizando-se na proteção dos direitos sociais, buscando assim a reversão dos processos de exclusão social, bem como dar visibilidade às populações que estão à margem do sistema.

Os sistemas de saúde compõem sistemas maiores de proteção social, este sistema maior, inicialmente era constituído pela família e foi ganhando corpo institucional a partir das associações das categorias profissionais e instituições estatais. Tais movimentações podem ser consideradas como uma resposta social de ordem pública a determinadas populações/indivíduos e suas necessidades de proteção que se relacionam com cada contexto e localidade. Quando se trata da saúde, no Brasil, o acesso é pensado de forma universal, há países em que só determinadas populações têm esse direito garantido.

Desde a década de 1960, já se viam movimentações por parte da População em Situação de Rua (PSR) em busca de políticas públicas que lhes assegurassem melhores condições de vida. Em São Paulo, a Lei n. 12.316 – de 16 de Abril de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. Entretanto, foi após a barbárie da chacina da Praça da Sé (2004), que muitos atos e mobilizações denunciaram as duras condições da vida nas ruas. Estas mobilizações deram corpo, dentre outras mobilizações, ao Movimento Nacional da População de Rua (MNPR, 2005) que se constitui como expressão dessa mobilização organizada em várias cidades brasileiras.

Em 2003, houve a contratação de um enfermeiro e um agente comunitário de saúde para trabalhar com as pessoas que vivem na rua (ACSR). Em 2004, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) implanta o projeto "A Gente na Rua". Neste projeto os agentes comunitários tinham vivência de rua, e esta conquista se deu por intermédio da mobilização de um grupo de pessoas em situação, que buscava maior representatividade dos agentes comunitários, bem como possibilidade e oportunidade de inserção no mercado de trabalho.

Em 2008, o Governo Federal apresentou à sociedade brasileira um documento contendo as diretrizes da Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, com



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

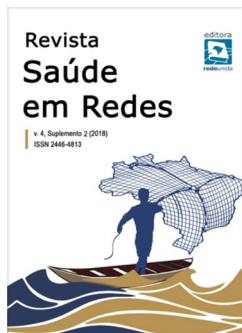
fins a orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento social, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos. Esta política visa "assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda."

Em 2013 foram criados a Coordenação de Políticas para População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua. Este é constituído por nove integrantes do poder público municipal e nove representantes da sociedade civil, dentre eles, pessoas em situação de rua. Este colegiado tem como uma de suas funções criar e monitorar o Plano Municipal de Políticas para População em Situação de Rua (PMPSR, 2016). O plano foi constituído de forma participativa, tendo como norte as necessidades da PSR, e sinalizou ações e elementos para uma Política voltada para a garantia dos direitos.

O Plano Municipal é uma importante possibilidade de encontrar caminhos que dialoguem diretamente com as necessidades das pessoas em situação de rua. Os dados levantados através de uma pesquisa realizada pelo Comitê PopRua, sendo os pesquisadores pessoas em situação de rua mostraram as enormes dificuldades de funcionamento dos equipamentos de acolhimento e da implementação das políticas públicas em todas as áreas do campo em questão.

Contudo, a fim de que as desigualdades se dirimam é necessária maior radicalidade nas ações políticas no que tange à equidade, sendo que esta deve balizar e instaurar práticas institucionais em que se leve em conta de fato as necessidades dos grupos mais vulneráveis. Dessa forma, constituindo projetos de sociedade e políticas sociais que visem à produção da igualdade social. Principalmente no cenário político atual em que há o desmonte do SUS e das políticas sociais de maneira geral.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Mobilização Social;



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O PAPEL DO ENFERMEIRO E SEU DESEMPENHO NOS CUIDADOS AO DEPENDENTE QUÍMICO

Leonardo Barbosa Rolim, Alcivânia Alves da Silva, Zenaide Nunes da Silva, Maria José Gomes de Aguiar, Gabriela Martins Pereira, Elielza Guerreiro Menezes, Janaina dos Santos Dias

Apresentação: A Organização das Nações Unidas (ONU) expõe que o uso abusivo de drogas é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Estimasse que mais de 185 milhões de pessoas com idade acima de quinze anos já obtiveram algum contato com drogas ilícitas, cerca de 4,75% da população mundial. O uso de drogas é consequência de um contexto socioeconômico, político e cultural que vem interferindo na escolha do sujeito, portanto deve ser compreendido como um problema global, não se limitando à relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas.

Desenvolvimento do trabalho: O estudo objetivou compreender o papel do enfermeiro no cuidado com o dependente químico. Estudo exploratório, abordagem qualitativa desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad). Foi realizado uma busca ativa na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), (SCIELO) e (LILACS) a partir do ano de 2007. As informações foram organizadas e classificadas, gerando assim a possibilidade de obter conclusões racionais sobre o assunto. As informações coletadas foram analisadas utilizando-se a técnica de análise de temática, proposta por Minayo (2001). A análise temática comporta três etapas: pré-análise: categorização; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Resultados e/ou impactos: O CAPSad oferece o atendimento diário a pessoas que sofrem com transtornos mentais, gerados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, com cuidados clínicos e reabilitação psicossocial de aspecto individualizado e de evolução contínua. A entrada no CAPSad é feito em regime de demanda espontânea, ou encaminhamentos intersetoriais, promove atendimentos individual ou em grupo (terapêuticos e operativos), oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O trabalho dos profissionais de enfermagem em CAPSad merece atenção, uma vez que sua presença neste dispositivo está predita por legislação, carecendo ser o profissional enfermeiro especializado em saúde mental, o que ressalta a necessidade de se estabelecer neste espaço um trabalho concreto com as políticas públicas de saúde mental vigorantes no país. Pelas singularidades existentes no CAPSad,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

entende-se que o trabalho da enfermagem se coloca em um método que vai além dos chamados "recursos tradicionais", como a comunicação terapêutica, relacionamento interpessoal, atendimento individual, administração de medicamentos, entre outros. Em relação ao cuidado psicológico, a enfermagem fornece aos pacientes um suporte moral, pessoal, familiar e social. No decorrer do tratamento o enfermeiro ouve queixas dos pacientes e encoraja-os a não desistir da administração terapêutica corretamente, estimular a socialização, adequar atividades que promovam o auto cuidado. As principais ações realizadas são: requerimento de exames laboratoriais, consultas de enfermagem, prática de curativos em feridas, aferição de sinais vitais e acompanhamento do quadro clínico. Considerações finais: Diante da relevância que o problema do álcool e outras drogas assumem para saúde pública, considera-se que é preciso tornar esse novo modelo de atenção uma filosofia cujo entendimento de sua necessidade deve partir dos próprios profissionais que estão envolvidos neste processo, contribuindo desta maneira para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: dependência química; enfermagem



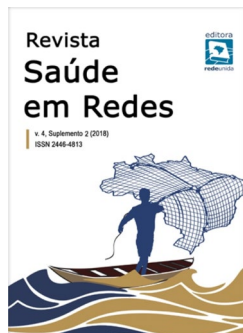
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A RELAÇÃO ENTRE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIAS

Francineide Nogueira Muniz, Camila Carlos Bezerra, Camila Carlos Bezerra, Andreza Andrades Gomes, Andreza Andrades Gomes, Rayziane Christhiele de Freitas Fonseca, Rayziane Christhiele de Freitas Fonseca

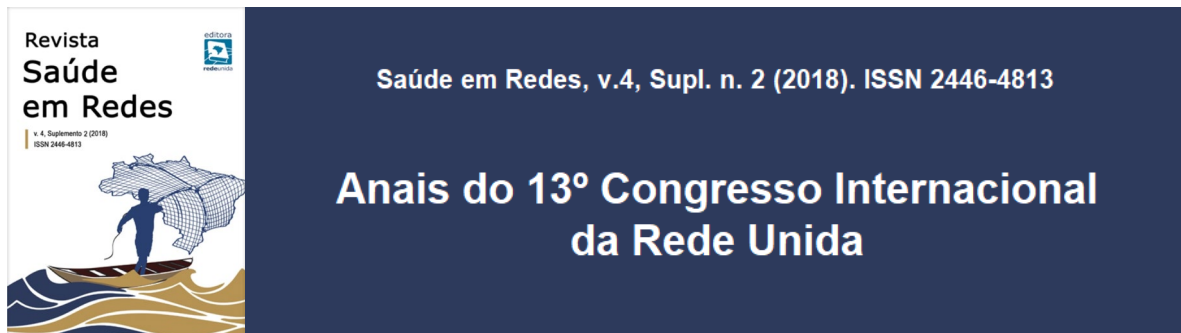
Introdução: O envelhecimento em seu processo natural pode gerar situações de perda da independência, da autonomia e da capacidade de autocuidado, nesses casos o idoso passa a necessitar de um cuidador, que na maioria das vezes é um familiar ou mesmo a família como um todo, que se reveza para suprir as necessidades. Este cuidar requer tempo e dedicação, sem considerar a carga emocional envolvida neste processo de assistir um ente querido dependendo de cuidados. Por vezes o idoso ou mesmo a família chega à conclusão da necessidade de um abrigo. A palavra Abrigo significa asilo, interpretada por muitos como um local de separação, de sofrimento e revolta. No século XIX, algumas casas denominadas de abrigos acolhiam doentes mentais, idosos com patologias crônicas e idosos rejeitados pela família, já no final do século XX iniciando o século XXI tem-se a criação de Instituições de Longa Permanência para Idosos, ambiente destinado ao desenvolvimento de atividades educativas, interação social, com objetivos de proporcionar ao institucionalizado, cuidados específicos e bem estar, para que os mesmos possam sentir uma sensação de acolhimento. Atualmente essas instituições visam não só a moradia, mas um ambiente completo, em que se desenvolvem atividades de lazer, de cuidado à saúde, voltado para o envelhecer saudável e com qualidade de vida, o que requer investimento financeiros. Porém os idosos desprovidos de condição financeira e apoio familiar tornam-se vulneráveis e por vezes são acolhidos, ainda nos dias atuais, por abrigos formados por grupos de voluntários. Esses abrigos não possuem nenhum vínculo com os órgãos governamentais e possuem seu sustento no trabalho voluntário e nas doações realizadas por benfeitores. O local escolhido para as atividades práticas da disciplina de Atenção Integral à Saúde do Idoso foi um abrigo de idosos de um bairro da cidade de Manaus, fundado por um grupo de jovens religiosos com o intuito de acolher e cuidar de idosos em situações vulneráveis e de abandono familiar. Estes idosos não possuem contato com seus familiares e relatam ter perdido o vínculo por diversos motivos, como brigas entre entes queridos, uso de drogas, situações financeiras e desvios de



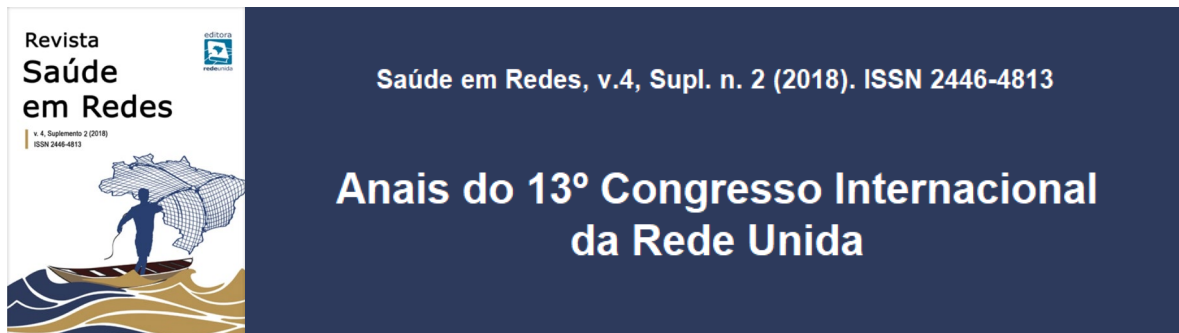
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

conduta. Objetivos: Relatar as atividades de interação social desenvolvidas em um abrigo para idosos ex-moradores de rua. Descrição da experiência: A prática da disciplina Saúde do Idoso no abrigo buscou desenvolver atividades para aumentar o grau de interação entre os idosos abrigados. No primeiro dia de prática fomos recebidas pelo cuidador do abrigo que nos mostrou a casa e rapidamente observamos que os idosos apesar de residirem em um mesmo ambiente, pouco interagiam entre si, ao adentrar as dependências observamos um idoso lendo um livro no pátio, dois idosos na sala, outros dormindo ou descansando no quarto e o silêncio interrompido pelo som da televisão. Ficamos por alguns minutos conversando com o cuidador e logo depois fomos conhecer os idosos, poucas palavras e sorrisos foram trocados. Após os primeiros contatos, realizamos uma reunião entre alunos e orientador para o planejamento das atividades com base na coleta de dados, um dos pontos levantados pela maioria foi a percepção da não interação entre os idosos. O que levou aos seguintes diagnósticos de enfermagem e elencados como principais e mais urgentes a serem trabalhados: Atividade de recreação deficiente; Estilo de vida sedentário; Comportamento de saúde propenso a risco; Controle emocional instável; Risco de baixa autoestima situacional; Processos familiares interrompidos; Interação social prejudicada; Relacionamento ineficaz. Com base nos diagnóstico estabelecemos um planejamento para as intervenções de enfermagem: Auxiliar a prática de habilidades de conversação e socialização; Elogiar as tentativas de expressão de sentimentos e ideias; Proporcionar interação social, conforme apropriado; Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação; Escolher membros capazes de contribuir para a interação do grupo e beneficiá-la; Encorajar os membros a compartilharem entre si a raiva, a tristeza, o humor, a desconfiança e outros sentimentos; Propiciar exercícios estruturados de grupo, conforme apropriado, que promovam o funcionamento e a percepção do grupo. Para colocar em prática estas intervenções foram realizadas atividades lúdicas, roda de conversa e dinâmicas. Uma das atividades que mais tivemos retorno foi o bingo, realizado logo no início do semestre, no qual se trabalhou com a memória e a parte motora dos idosos, as alunas se distribuíram para auxiliar na marcação das cartelas e ao mesmo tempo interagir. Foram algumas rodadas, com distribuição de lembranças como prêmios para os vencedores. Durante as rodadas, idosos que inicialmente se recusaram a participar foram se aproximando e aos poucos resolveram fazer parte da brincadeira, ao final até mesmo os cuidadores se admiraram da participação de alguns idosos que sempre se recusam a fazer parte das atividades. Ao final da atividade foi lida uma



mensagem do livro Gotas de Esperança, onde todos participaram comentando o que entenderam e o que poderiam guardar para si a parte mais importante da mensagem. Observamos entre os idosos um semblante mais leve e durante o restante das aulas práticas continuamos a realizar atividades de interação, convidando os cuidadores a fazerem parte das atividades para assim dar continuidade e tornar estas atividades cotidianas no abrigo. Paralelo às atividades de interação, foram realizadas consultas de enfermagem, levantamentos de alguns diagnósticos e intervenções voltadas para o cuidado individual dos idosos abrigados. Resultados: Percebemos que no início das atividades os idosos se mostraram receosos em participar, porém o estímulo e a atenção empenhada proporcionaram uma melhora na interação entre os idosos abrigados. Idosos que pouco interagiam passaram a aguardar por nossa chegada e demonstrar ansiedade em participar das atividades preparadas, ou mesmo recebemos relatos de que os próprios idosos se organizaram para realizar algumas atividades. Foi possível apreender nos idosos o desenvolvimento de uma percepção mais positiva sobre seu próprio valor, em resposta a situação de ser abrigado e não possuir vínculo familiar. Considerações Finais: A experiência proporcionou à formação acadêmica uma visão ampla sobre o cuidar e a importância dos laços sociais para a promoção da saúde, a enfermagem necessita buscar cada vez mais melhorar a qualidade da assistência prestada, considerando os diversos ambientes de atuação do enfermeiro.



GERÊNCIA DE RISCO: UMA VIVÊNCIA PRÁTICA

Aline Presley Pingarilho de Carvalho

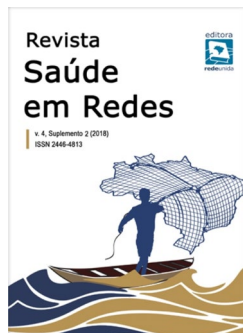
Apresentação: O gerenciamento ou administração aplicada à saúde é caracterizado como uma atividade crescente e complexa, exigindo dos profissionais e gestores competências específicas na atenção à saúde primária, secundária e terciária seja em âmbito individual e/ou coletivo. A gestão em saúde debate sobre alguns aspectos como a prestação direta de assistência a saúde, mudanças demográficas e epidemiológicas, a rede de cobertura assistencial, os recursos humanos, a acessibilidade aos serviços, a participação social, a qualidade do serviço de saúde e para isso se utiliza alguns instrumentos básicos da administração, controle, regulação, avaliação que visam o aperfeiçoamento e a melhora da aplicabilidade das atividades de saúde. Além disso, os gestores de saúde trabalham tanto com o aspecto político, isto é, voltados ao interesse da população e para a consolidação da saúde como direito da cidadania, quanto ao aspecto técnico, isto é, voltado para a formulação de políticas públicas em saúde, bem como o planejamento estratégico de ações, a coordenação, regulação, controle, financiamento, avaliação e a prestação dos serviços de saúde para os níveis de atenção. Nesse sentido, percebe-se que o profissional enfermeiro assume como responsabilidade garantir a assistência à saúde através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos, logo, para que a assistência seja efetiva e eficaz é necessário está associada ao gerenciamento e conseqüentemente a política e aos programas de saúde pública. Segundo a Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, compete ao enfermeiro à direção, a chefia, a organização, o planejamento, a coordenação, a execução e a avaliação dos programas de assistência à saúde, além da participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais. As Diretrizes Curriculares Nacionais, que se refere ao curso de graduação em Enfermagem apontam como competência exigida do profissional enfermeiro a administração e o gerenciamento, sendo estes aptos a realizar iniciativas, o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e matérias, da informação, além de estarem aptos para serem empreendedores, gestores, empregadores e líderes na equipe de saúde. Diante disso, o trabalho tem como objetivo reconhecer a importância da gestão e gerenciamento em enfermagem nos serviços de saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e identificar as principais dificuldades para o funcionamento efetivo do Núcleo de Segurança do Paciente no gerenciamento de risco de um hospital público de Belém do Pará. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma metodologia muito utilizada nas ciências da saúde denominada de Arco de Maguerez, que é baseada em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema; identificação dos pontos-chave; teorização sobre o problema; hipóteses de solução dos problemas e intervenção sobre a realidade. O trabalho foi realizado em um Hospital Público de Belém do Pará descrito como referência em oncologia com excelência e humanismo. O relato foi incitado no decorrer das práticas do componente curricular Gestão e gerenciamento em enfermagem, que ocorreu no período de 05 a 19 de setembro de 2017. O relato aborda sobre o setor de gerência de riscos, onde ocorreu a visita técnica no dia 12 de setembro. A enfermeira responsável pelo setor apresentou o funcionamento e atuação da gerência de riscos do hospital. Resultados e/ou impactos: No Brasil as ações de gestão de riscos começaram a ser instituídas em 2001, pela ANVISA, através da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. O projeto Sentinela tem como objetivo a construção de uma rede de serviços em todo o país capaz de notificar eventos adversos e possíveis queixas técnicas relacionadas aos insumos, materiais, produtos e equipamentos de saúde, medicamentos, saneantes e os kits para provas laboratoriais em uso no país para a garantia da segurança de pacientes e profissionais de saúde e a circulação de produtos de melhor qualidade. O Hospital referido é um Hospital Sentinela, de acordo com a Portaria Interministerial n.º 1000, de 15 de abril de 2004, essa condição passou a ser exigida para o credenciamento dos hospitais universitários. O gerenciamento de riscos da instituição é composto por um farmacêutico, dois enfermeiros, e um técnico, e está envolvido com a Farmacovigilância, Tecnovigilância, e a Hemovigilância. Por meio da observação da realidade foi possível perceber que para ocorrer as subnotificações é necessário que os profissionais solicitem uma ficha de notificação e preencha com as queixas que foram encontradas em materiais, medicações e procedimentos e na hemoterapia. A gerência de risco do hospital busca a padronização do serviço, pois considera que assim os erros são reduzidos. De forma geral o hospital objetiva uma ação de medidas corretivas e de prevenção, como protocolos criados pela própria instituição e segurança do paciente, do ambiente, e de si mesmo. Além disso, estimula e avalia as subnotificações realizadas pelos profissionais de saúde da instituição e realiza a notificação à ANVISA utilizando o NOTIVISA (Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações

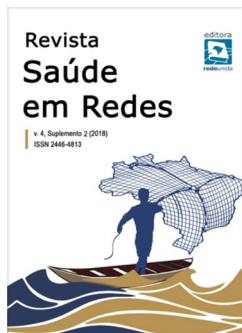


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

adversas a produtos de saúde, sangue, hemoderivados e saneantes; ou quaisquer problemas relacionados às vigilâncias e a elaboração e encaminhamento de relatórios periódicos da implantação dos Planos de Melhoria Hospitalar e ações do sistema de gerenciamento de riscos. Notou-se que a dificuldade mais presente é a ausência de subnotificações à gerência de riscos da instituição, isto se deve a resistência por parte da equipe de saúde em realizar a subnotificação e a auto-identificação do profissional o que gera um receio de ser demitido ou prejudicar colegas de trabalho em relatar os erros e danos, além disso, a burocratização em solicitar a ficha para notificação o que gera a descontinuidade e a demora no processo de notificação. Uma vez que não ocorra à notificação entende-se que não há ocorrências, nem eventos adversos, danos aos profissionais ou pacientes, que os produtos e insumos estão em conformidades, que não houve reações imediatas ou tardias na hemotransfusão, o que conseqüentemente prejudica e potencializa a não reparação e prevenção de tais problemas quando estiverem presentes nos diversos setores do hospital. Considerações finais: A visita técnica permitiu analisar e confrontar idéias sobre o a gestão e o gerenciamento em enfermagem nos serviços de saúde, o qual se apresenta em sua multidimensionalidade. A gerência de risco desempenha papel fundamental para garantir o funcionamento de qualidade e segurança dos serviços necessários realizados por todos os funcionários/equipe do hospital, na falta de uma dessas áreas de gerenciamento seria inviável a execução de diversas atividades que são prestadas na assistência e no cuidado ao paciente. Esclarecer aos profissionais que eles não serão prejudicados por realizar a notificação, otimizar o tempo entre identificação do problema e a subnotificação; mostrar o que é a gerência de riscos, como ela funciona dentro da instituição e a importância da notificação para a qualidade e segurança do serviço e da assistência de saúde aumentaria as possibilidades do profissional subnotificar sem receios e com maior rapidez. É necessário que o planejamento seja estratégico para que possa abranger o individual e o coletivo, beneficiando todos os sujeitos e a instituição. Para que isso ocorra é fundamental o conhecimento e a participação ativa de todos os atores envolvidos nos aspectos relacionados às ações e atividades estratégicas, bem como a realização prática das subnotificações ao gerenciamento de riscos, além de considerar os fatores determinantes do meio em que estão inseridos a fim de obter resultados satisfatórios.

Palavras-chave: gestão, enfermagem, assistência segura



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CARTOGRAFIAS DE UMA ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA EM UM CAPS AD

Daniela Pereira da Costa de Menezes, Karla Conceição Acosta, Simone Edi Chaves, Maria de Fátima Bueno Fischer, Vinicius Tonollier Pereira

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta escrita é cartografar os fluxos, sentidos e experimentações de uma estagiária de psicologia em um CAPS AD da cidade de São Leopoldo. São duas intervenções produzidas no estágio profissional: a coordenação de dois grupos, o Grupo Portas Abertas (Grupo PA) e Grupo Preparação para o Final de Semana (Grupo PFS). Este ensaio cartográfico narra os sentidos que foram sendo construídos e que me ancoram para tornar-me psicóloga e trabalhadora da saúde. É também através deste relato de experiência que narro a invenção de ferramentas de cuidado à sujeitos que estão usuário de drogas, evidenciando que a clínica que se faz na área de álcool, crack e outras drogas é inventiva, plural, operadora de sentidos e é feita de artesanias entre todos os agentes (usuários, técnicos e território).

DESENVOLVIMENTO

O grupo PA é para usuários que estão em uso intenso de álcool, crack e outras drogas, tendo um importante papel para quem está acessando pela primeira vez ou reincidentemente o serviço. Já o Grupo PFS busca inventar estratégias de redução de danos, seja para o usuário que está em uso intenso organizar seu uso, mas também para aquele usuário que está abstinente ou organizado com seu uso. O grupo PA acontece às segundas-feiras e o PFS acontece às sextas-feiras, esta organização não é aleatória, ela se circunscreve na necessidade dos usuários de terem um espaço de escuta, de fala e invenção pós final de semana e início da semana, assim como nas vésperas do final de semana.

Minha andança neste tempo de experimentações no CAPS AD, me convocam a propor o grupo como lugar onde se produzem sentidos ao invés de buscar significados, fabricar novos e outros modos de subjetivação. Outrossim, concebê-los como cartografias grupais, as quais se fazem através de devires, longe das polaridades e afeto aos processos singulares e maleáveis das grupalidades.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Estes dois grupos-dispositivos se interseccionam através de um singular modo de operar: “Parar Pra Pensar”. Expressão que surge como uma grande ferramenta de produção de desejo, de possibilitar outras formas de inventar a vida, onde torna-se impossível conceber outra forma de trabalho que não seja a de dispositivo, a de provocar fissuras.

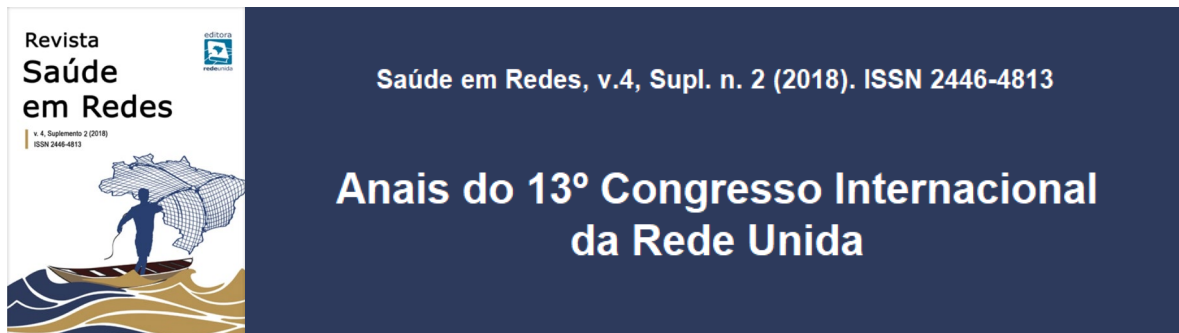
Trabalhar com o propósito de dar passagem a desejos e afetos, é possibilitar que os sujeitos que estão usuários de drogas, possam se apropriar de si e se desvencilhar das amarras sociais que os aprisionam, permitindo-se experimentar a vida e protagoniza-la, dando passagem para serem devires, para virem-a-ser, e descolaram-se do que a sociedade os rotula ou que os inquiri sobre o que lhes é faltante.

Tirando as amarras e mordanças da sociedade e a régua que parametriza a vida, ir para um espaço ético onde não caiba a moralidade da regra, é o que me proponho ao conceber o grupo como dispositivo, como rizoma; é não intervir no grupo como objeto dado e que de antemão teria uma teoria para decifrá-lo.

A intenção e a crença nos movimentos e fluxos da vida, me permite encontrar nessa proposta não uma estagiária que aplica uma intervenção, mas substancialmente uma cartógrafa. É nesse lugar de movimento cartográfico, que me disponho aos fluxos dos encontros, provocando o usuário de droga a transvalorar seu lugar marginal, e com isso convidá-lo à experiência do devir, de tantos outros devires que lhe são possíveis, e assim viver o encontro grupal como processo de criação de outros de nós.

Convidar os sujeitos dos grupos PA e PFS a afetarem-se com a vida e suas forças, fazendo com que a sua condição transitória de usuário de droga seja um dispositivo de criar novos modos de vida, desgrudados do parâmetro da normalidade é minha intenção em tomar o grupo como dispositivo. Destarte, é através desse posicionamento ético-estético-político que emerge a ferramenta-parar-pra-pensar, a qual opera desterritorializações subjetivas. É neste compasso que acontecem deslocamentos dos estigmas que cristalizam o usuário de drogas e disparam outros sentidos, que molecularmente engendram novas formas de pensar, agir e caminhar. Ademais, é possibilitar que se acione afetos e desejos, é provocar fissuras e colocar os sujeitos como infinitos possíveis.

RESULTADOS



Na perspectiva de grupo-dispositivo, não há a busca de um produto final, pois não há produto, assim como não há modo certo ou errado, há possibilidades, há processos, há a oportunidade de vivenciar o desejo e este por si só é produtor de sentidos.

A cada semana compomos, eu e meus companheiros de percurso, reflexões performáticas que nos possibilitam momentos-instantes, criação, afetos e movimentos. É a partir dessa pluralidade de ótica, de corpos e de invenções, que percebo semanalmente, de forma exponencial, recrudescer nos sujeitos que estão usuários de drogas a autoestima, a alteridade, a vontade de se perceber como uma máquina em movimento, máquina de produção de outros possíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessas impressões, me arrisco a afirmar que pude, ao longo de cada encontro grupal, ir me inventando como estagiária e psicóloga em formação, afetando e sendo afetada pelos afetos, forças e intensidades das potências dos bons encontros. Das (des)territorializações que foram rasgando meu corpo, fui vivendo meus devires: devir-estudante, devir-artesã, devir-psicóloga e tantos outros que vivi e que advirão destes. Com o mesmo fulgor me esforcei em ser agente de saúde e disponibilizei meu corpo para passagem de desejos e afetos dos usuários deste serviço.

Busquei a cada instante ser difusora dos anseios, máquina-de-fluir devires, corpo-passagem de angústias e máquina-tradutora, máquina-inventora de outros possíveis para os usuários deste serviço, os quais são os atores protagonistas de meu percurso, os quais são os meus inventores e meus (des)formadores. Entendo também que todos esses movimentos e rupturas provocados em mim são vivenciados e experimentados pelos usuários do serviço que congregam nesses grupos. Pois não há afetos e sentidos isolados, há sim um espiral que nos perpassa, e que tudo aquilo que movimento em um reverbera nos outros.

Ao usar meu corpo para falar das experiências vividas, tomo-o como lugar público e aberto que se integra por vias sensíveis aos demais corpos que compõe comigo minha formação de estagiária de psicologia.

Palavras-chave: grupalidades; cuidado a usuários de drogas; cartografia; redução de danos



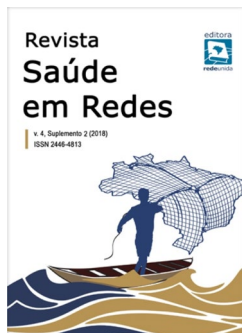
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO: REVISÃO DE LITERATURA.

Ellen Cristina Martins Chaves Oliveira Santos, Luzimere Pires do Nascimento, Laurimar Vinhote de Souza, Vanilda Marinho da Silva, Sued Medeiros Leite, José Silveira da Silva, Ivone Eleutério de Menezes, Hellen Cristina da Silva Garcia

Título: Ações educativas do enfermeiro para a realização do exame preventivo: revisão de literatura. **Apresentação:** O câncer de colo do útero é um problema de saúde pública devido aos crescentes números de casos que surgem anualmente com diagnóstico tardio, refletindo no elevado índice de morbimortalidade feminina em todo o mundo. O Ministério da Saúde vem estabelecendo metas para o controle e a prevenção do câncer do colo uterino, alvo dos programas direcionados à saúde da mulher. **Objetivo:** Identificar na literatura científica as ações educativas desenvolvidas por enfermeiros na realização do exame preventivo. **Método do estudo:** O estudo é uma revisão bibliográfica. **Resultados:** Ações educativas para sensibilização da realização do exame preventivo: O enfermeiro tem um papel muito importante, pois ele está mais próximo da população, através da criação do vínculo com a comunidade, com a educação em saúde desenvolvidas nas comunidades e escolas, com a realização do exame citopatológico, dando ênfase na prevenção esclarecendo todas dúvidas das usuárias, buscas ativas das mulheres faltosas através das visitas domiciliares. **Resultados:** Dificuldades enfrentadas por enfermeiros nas ações educativas para realização do preventivo: A legislação do exercício profissional dispõe que cabe ao enfermeiro exercer, privativamente, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, além da consulta de enfermagem, porém fica nítido que tais ações são, muitas vezes, prejudicadas pelo excesso de trabalho dos profissionais e/ou outros aspectos que foram apontados como dificultadores. **Condutas realizadas por enfermeiros no programa de controle de câncer de colo uterino:** No Brasil, o Ministério da saúde preconiza a realização do teste de Papanicolau em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com atenção especial àquelas com idade entre 25 e 59 anos e buscar o padrão de cobertura de 80 %, mas, em face das diferenças loco regionais da população em sua cultura, é também importante que os serviços de saúde ofereçam o acesso ao exame à população adolescente. **Considerações finais:** As estratégias de atividades educativas e participação comunitária na



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

prevenção do câncer de colo uterino são de extrema importância, visto que, a participação popular é seu princípio. A abertura de espaços para a escuta e a discussão com as usuárias do serviço de saúde só dinamizam as atividades de rastreamento e prevenção através do exame preventivo. As principais ações educativas apontadas na literatura foram a sensibilização da clientela através de palestras na sala de espera, acolhimento na consulta de enfermagem e material visual nas dependências do serviço de saúde. As dificuldades de adesão ao exame preventivo perpassam por medo, constrangimento, agendamento, sexo do profissional, disponibilidade, dentre outros. As condutas do enfermeiro no programa de câncer de colo uterino são realizadas com base na legislação vigente. Os achados literários apontaram que o profissional enfermeiro é o elo fundamental para controle do câncer de colo uterino, por meio das ações de promoção de saúde, prevenção e detecção precoce. As ações educativas em saúde englobam uma visão ampla que contempla tanto a informação a respeito da patologia quanto o seu rastreamento através da realização do exame preventivo.

Palavras-chave: Educação; Ação educativa; Exame preventivo; Papanicolau.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO DOS BUDISTAS DA LINHAGEM NITIREN DAISHONIN SOBRE A INFLUÊNCIA DE SUA PRÁTICA RELIGIOSA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Matheus Pereira Martins, Oton Fernando Figueira da Silva, Ana Vitória Moreira de Souza, Tamires Pereira Martins, Teógenes Luiz Silva da Costa

O presente texto apresenta ideias iniciais sobre uma pesquisa que possui praticantes do budismo, da linhagem Nitiren Daishonin, como tema central. A pesquisa possui caráter qualitativo descritivo, desenvolvida a partir da concepção da utilização de ferramentas religiosas como objeto de reorientação de comportamentos e perspectivas frente ao processo de saúde e doença. A investigação foi realizada no município de Santarém-PA, no ano de 2017 e teve como objetivo a compreensão das percepções que gravitam na órbita do binômio saúde-doença, advindas deste grupo religioso.

Participaram 07 pessoas: entre homens e mulheres, com no mínimo um ano de prática. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário com 04 perguntas relacionadas ao entendimento dos sujeitos pesquisados sobre o ideal de saúde e doença e como sua prática religiosa orienta seu comportamento diante deste processo: a) Para você, o que é uma pessoa saudável?; b) Para você, o que é uma pessoa doente?; c) Como o budismo orienta seus praticantes a cuidar da saúde?; d) Como o budismo orienta seus praticantes a tratar a doença?. Os resultados foram extraídos a partir da problematização dos dados, para o qual foi escolhida a Análise de Conteúdo, ferramenta metodológica que permite a exploração de comunicações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos que descrevem o conteúdo das mensagens. Enfatizou-se a análise temática que, por sua vez, utiliza o “tema” como conceito central e pode ser representada graficamente por meio de uma mensagem, problematizada através de unidades de registros (UR).

Após a análise de conteúdo das respostas descritas pelos participantes, os relatos em comum e a aproximação com o objeto deste estudo, as Unidades de Registro (UR) intituladas foram as seguintes: UR1. Bem estar biopsicossocial, UR2. Desequilíbrio biológico e emocional, UR3. Prática da oração, UR4. Ajuda médica e fé.

Na primeira UR (UR1), que diz respeito ao Bem estar biopsicossocial, percebeu-se que os praticantes de budismo possuem um conceito de saúde voltado para a existência de um



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

equilíbrio nas esferas biológica, psicológica e social, contemplado na maior parte das falas. Ressaltando como indispensáveis hábitos de cuidado com o corpo e a mente.

Sujeito 1. “ (...) é aquela que tem corpo e mente em perfeita sincronia”.

Sujeito 2. “Aquela que mostra energia, bem estar e boa forma física. Estando também mentalmente preparado para conviver socialmente”.

Sujeito 3. “(...) é aquela que está bem tanto física quanto psicologicamente”.

Sujeito 7. “É uma pessoa que desenvolve atividades de cuidado Biopsicossocial e espiritual”.

Na UR2, que se refere ao tema Desequilíbrio biológico e emocional, observou-se um conceito de doença relacionado tanto a questões biológicas quanto emocionais. Os sujeitos enfatizaram as questões emocionais, ou de aspectos de vida, como relevantes para o estado doentio em todas as suas respostas, remetendo-nos à presença de um conhecimento menos biologicista que concebe o processo de doença a partir de uma ótica mais “complexa”.

Sujeito 1. “Uma pessoa doente é desordenada em tudo na sua vida. Não se limita somente a saúde do corpo.”

Sujeito 3. “É aquela que está com problemas físicos e psicológicos.”

Sujeito 4. “(...) seria alguém com frágil condição física, ou mesmo com uma psique instável”.

Sujeito 5. “Uma pessoa que apresente alguma patologia, bem como a falta de disposição para as atividades diárias e alegria nos diversos aspectos da vida.”

Sujeito 6. “Além de estar enfermo, são pessoas tristes, irritadas, com desânimo.”

Sujeito 7. “É uma pessoa que encontrou desequilíbrio no aspecto Biopsicossocial e espiritual.”

A UR3, que tematizou questões relacionadas à Prática da oração, trouxe dados relacionados aos cuidados com a saúde que os praticantes do budismo são orientados a seguir através de sua religião. Os sujeitos relataram que além das precauções preventivas com o corpo, como por exemplo, as consultas ao médico, a prática diária de “daimoku ” (mantra dos budistas Nitiren), é essencial para se ter uma vida saudável.

Sujeito 2. “A prática do NAM MYOHO RENGE KYO é para nós a base de uma vida saudável. (...)”.

Sujeito 3. “(...) se dedicar na prática diária da recitação do NAM MYOHORENGE KYO, pois a fé é muito importante”.

Sujeito 4. “(...) reforçar o daimoku (NAM MYOHO RENGE KYO) quando necessário”.

Na UR4, denominada Ajuda médica e fé, os participantes trouxeram dados correspondentes a como o budismo os orienta quanto ao tratamento de doenças. A busca por ajuda médica,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

no sentido curativo, foi bastante citada, além da fé e recitação de “daimoku” como indispensável no auxílio, resolução e enfrentamento do estado doente.

Sujeito 1. “Incentiva a procura da medicina para diagnóstico e cura além de enfatizar que a prática religiosa ajuda a proporcionar sabedoria nas futuras ações relacionadas aos cuidados da saúde debilitada”.

Sujeito 2. “através de visitas ao médico (...), além da intensa prática da fé do NAM MYOHO RENGE KYO para que possamos ter forças e assim obter a melhora”.

Sujeito 3. “Somos orientados a seguir as receitas médicas, e continuar recitando NAM MYOHO RENGE KYO (...)”.

Sujeito 4. “(...) buscar ajuda profissional, mas mantendo a fé para criar as condições melhores de o profissional atuar”.

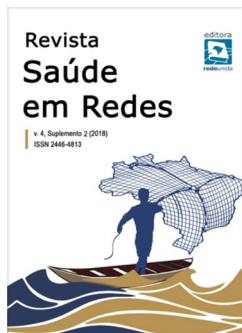
Sujeito 5. “(...) a prática da fé deve andar lado a lado com o tratamento na medicina convencional”.

Sujeito 6. “(...) recitamos daimoku (oração budista - Nam MyohoRengekyo) para manifestar o melhor de nós mesmos. (...)”.

Sujeito 7. “Além de recorreremos aos sistemas convencionais de tratamento e recuperação da saúde, nos incentiva a imbuídos de fé, vencer o carma da doença e comprovar a vitória com a prática”.

Por meio deste estudo podemos afirmar que a partir do ponto de vista dos praticantes, a prática religiosa dos budistas de “Nitiren Daishonin” influencia no processo saúde-doença na medida em que ela tem o potencial de ressignificar a experiência destes no mundo, transformando as dificuldades como oportunidades de realizar a “transformação humana”, a qual eles objetivam. Assim, compreendem a doença como oportunidade de transformar o carma e, também, como forma de conhecimento da vida. Para eles, a prática budista opera como uma terapia religiosa capaz de direcionar os indivíduos a determinadas atitudes ou estados, conduzindo-os a organizar-se em um novo contexto de relações. Aliar a oração aos cuidados médicos é de extrema importância para se chegar ao equilíbrio de saúde.

Palavras-chave: Budismo; Fé; Saúde-Doença;



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A FEMINIZAÇÃO DA AIDS NA SAÚDE PÚBLICA: O AUMENTO DO HIV/AIDS EM MULHERES CASADAS OU UNIÃO ESTÁVEL

Iago Roque Rolim Dos Santos, Terezinha Almeida Queiroz, Kelliane Jorge Pereira Barroso, Samya Coutinho De Oliveira, Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

APRESENTAÇÃO: Apesar da AIDS ter sido descoberta há mais de trinta anos, ainda não foi possível controlar a epidemia, tendo em vista que ela é instável e sem cura. Mesmo com todos os avanços na medicina e tratamentos elaborados, ainda não foi possível encontrar uma terapia curativa para esta doença. Destaca-se que com a criação dos medicamentos antirretrovirais, no Brasil, as pessoas que são infectadas ainda podem viver por muitos anos com uma melhor qualidade de vida se comparada com o contexto do início da doença. No Brasil, há de se registrar que é cada vez mais freqüente o aumento do número de mulheres contaminadas pelo vírus HIV/AIDS. Com base nos dados do Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais, foram registrados, no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de AIDS em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. Apesar do sexo masculino ainda ser o mais afetado pelo vírus HIV, é notável a presença e o aumento do sexo feminino nos últimos anos. Algumas mulheres por terem parceiros estáveis, talvez pelo excesso de confiança, não sintam a necessidade de prevenção durante as relações sexuais, por acreditarem que a fidelidade e a confiança estão acima de tudo inclusive nas relações matrimoniais. Essa certeza leva a “falsa” idéia de que estão imunes a contrair o HIV/AIDS. O interesse em realizar esta pesquisa ocorreu a partir do campo de estágio, quando eram solicitados estudos abordando a temática de Feminização da AIDS, dentre outros temas paralelos, como os que se relacionavam com preconceito e gênero. Essa inserção teve início em agosto de 2012, em um setor de Serviço Social de um Centro de Especialidades Médicas que trabalhava temas semelhantes. O estágio foi realizado em uma unidade que tratava pessoas com HIV/AIDS e, durante esse período que compreendeu um ano e seis meses, foi perceptível entender que além de homens heterossexuais e homo afetivos existia um grande número de usuárias do sexo feminino contaminadas com o vírus HIV. A partir de então foi realizada uma monografia, de conclusão de curso de graduação, abordando a temática: feminização da AIDS e os preconceitos vividos por essas mulheres. Tal justificativa deu origem ao seguinte questionamento: Como está sendo vista a feminização da AIDS na saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

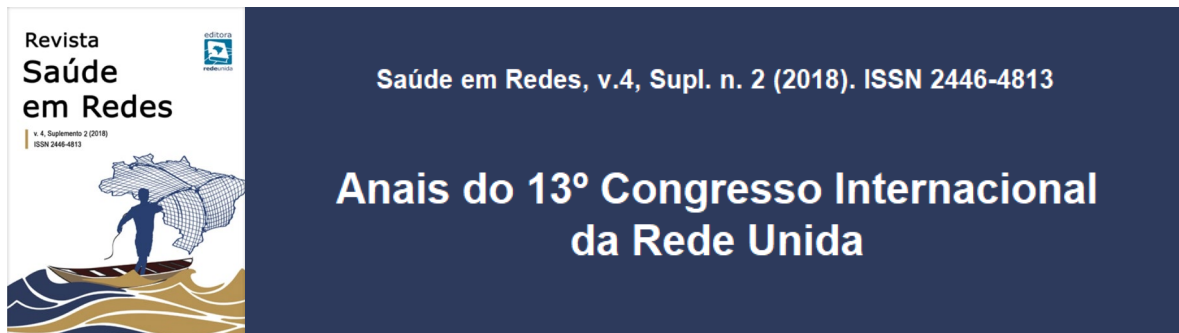
pública no Brasil? Tal estudo considera-se de grande relevância por, no seu final, contribuir com mulheres que não tenham ainda um discernimento da gravidade da doença, com mulheres que mesmo casadas e de parceiro único estejam sendo vítimas da doença, com estudantes e professores da área da saúde, assim como outros pesquisadores interessados em dar continuidade ao tema. Dessa maneira, considera-se de suma importância continuar com a mesma temática de estudos e pesquisas, tendo como foco central outro recorte de idéias, que abordasse o seguinte objetivo: Identificar como está sendo a feminização da AIDS na saúde pública do Brasil, no espaço temporal, dos últimos 10 anos, ou seja, no período de 2007 a 2016. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza bibliográfica com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de pesquisas publicadas em sites e base de dados da área da saúde, dentre eles Scielo, LÍlacs e portal da CAPES, assim como livros e periódicos. Foram utilizados os seguintes descritores controlados associados: prevenção da AIDS, mulher e saúde pública. Considerando-se a escassez de publicação, de acordo com os descritores, foram encontrados sete artigos, que depois de selecionados ficaram apenas cinco artigos falando sobre o tema. A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a novembro de 2016 e foram utilizados os critérios de inclusão, como: trabalhos selecionados somente aqueles disponíveis online, na íntegra e voltados para o tema em estudo. Além de estarem publicados em português era necessário que estivessem no espaço de tempo entre os anos de 2007 a 2016. Foram excluídos os artigos que falavam sobre HIV/AIDS, no sexo masculino e sobre homo afetivos. Os artigos foram analisados e organizados em quadros onde o primeiro contava com o título, ano, autor e periódicos e o segundo apresentando: os objetivos, resultados e conclusões. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Tabela 1 - Razão de sexo por Região registrada no ano de 2014. Fortaleza/Ceará, novembro de 2016.

MASCULINO

FEMININO

REGIÃO

22 casos



10 casos

Sudeste/Centro-Oeste

19 casos

10 casos

Norte/Nordeste

16 casos

10 casos

Sul

Fonte: Barroso (2016).

Com base nessa tabela, percebe-se que apesar do aumento da AIDS em mulheres, os homens ainda lideram o ranking da referida doença, só perdendo na região Sul, onde houve uma participação maior das mulheres. Tal fator nos faz pensar nas relações de gênero, pois o modelo de masculinidade ainda é presente dentro da sociedade, ou seja, o homem parece ser o detentor de posse das mulheres, mantendo domínio sobre elas em tudo, inclusive nas relações sexuais. Diante dessa realidade, percebe-se que as mulheres estão cada vez mais suscetíveis a contrair o vírus HIV, no entanto esse aumento envolve fatores diversos, desde a falta de informação, prevenção, até a dominação masculina sobre a mulher. (Tabela 2). Com relação à questão confiança dentro do casamento, parece ser muito comum, as mulheres casadas ou em união estável não se prevenirem, pois muitas acreditam estarem imunes com relação a contrair a doença, simplesmente, pelo fato de serem casadas. Assim, tendem a se incluir em um patamar de pessoas imunes ao HIV, ou seja, mulheres casadas não sentem a necessidade de se prevenir, por acreditarem que estão imunes ao HIV/AIDS.

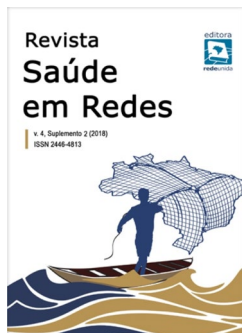


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Dessa maneira, acabam sendo alvo fácil de contaminação. Esse fator está relacionado à confiança da mulher no homem dentro do casamento, acreditando ela está inteiramente segura dentro da relação. A confiança pressupõe consciência das circunstâncias de risco, o que não ocorre com a crença. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo realizado com mulheres casadas ou em união estável, soropositivas, mostra um fator preocupante, levando em consideração que essas mulheres pesquisadas não tinham a preocupação em se prevenir durante as relações sexuais, por acreditar que nunca iriam contrair a doença. Algumas não usam o preservativo devido à confiança no parceiro, pois crêem estar imunes à doença por terem parceiros fixos, outras não usam porque os parceiros referem não gostar e para satisfazer a vontade deles abdicam de sua proteção. Isso demonstra que essas mulheres não sabem a importância do uso da camisinha dentro das relações sexuais e acabam não dando a devida atenção para esse meio de proteção até serem infectadas pelo HIV. Desse modo, conclui-se que as desigualdades de gênero ainda se fazem presentes na sociedade entre homens e mulheres, fazendo com que os homens ainda exercem um forte poder de manipulação dentro das relações entre eles.

Palavras-chave: SAÚDE PÚBLICA; AIDS; FEMINIZAÇÃO DA AIDS.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PREVALÊNCIA, ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DA COINFEÇÃO TUBERCULOSE/HIV EM IMPERATRIZ-MA

Paula dos Santos Brito, Daianne Santos de Souza, Janiel Conceição da Silva, Floriacy Stabnow Santos, Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira, Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Ariadne Araújo Siqueira Gordon, Marcelino Santos Neto

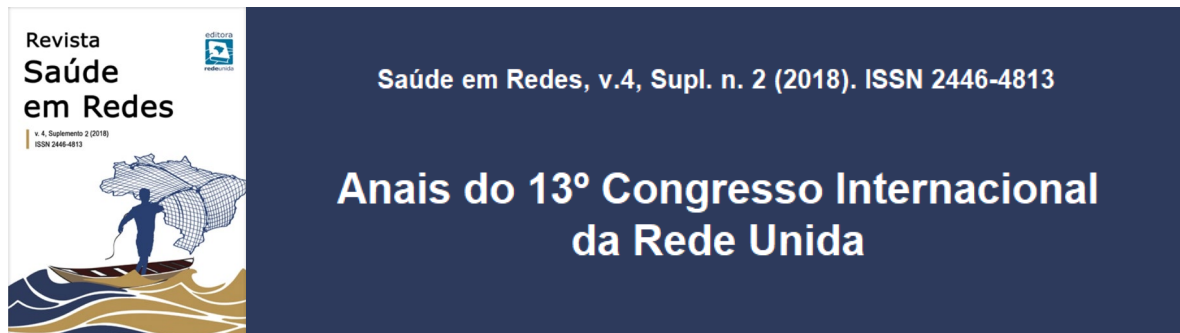
Introdução: A coinfeção Tuberculose (TB)/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é elencada como uma comorbidade, e importante fator de mau prognóstico, impondo condições clínicas mais graves, de maior dificuldade diagnóstica e tratamento. Desse modo, a associação da TB com o HIV retrata um novo desafio em escala mundial. O Brasil é um dos 22 países que representam 80% da carga mundial da TB, prevalecendo à alta carga de TB e a de coinfeção TB/HIV sendo definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como prioritário para o controle da TB no mundo. Nos países endêmicos para TB, o advento da epidemia de HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tem acarretado aumento significativo dos casos de TB, ocasionando piores desfechos (abandono e óbito). No Brasil, o risco da pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) adquirir TB é 28 vezes maior quando comparada a população sem HIV/aids. A taxa de mortalidade entre os pacientes com coinfeção TB/HIV agrava-se principalmente pelo diagnóstico tardio da TB. Entre as ações recomendadas pelo Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) para controle da coinfeção TB/HIV, orienta-se a testagem oportuna para HIV por meio do teste rápido para todos os diagnosticados com TB. Como diretriz nacional é recomendado o diagnóstico da TB o mais breve possível, assim como o início do tratamento da TB ativa, da infecção latente e o início da terapia antirretroviral quando indicado. É preconizado, ainda, que a rede de atenção à saúde seja organizada de forma que possa garantir a atenção integral aos infectados, tendo como os Serviços de Atenção Especializada (SAE) como local preferencial para acompanhamento às pessoas que vivem com HIV/aids. Por ser considerado um problema social, pesquisas relacionadas à coinfeção TB/HIV vêm sendo estimuladas por serem importantes instrumentos para detecção dos perfis sociodemográfico, clínico e epidemiológico dos indivíduos que foram acometidos por essa coinfeção. Objetivo: Diante disso, o estudo teve como objetivo determinar a prevalência dos casos notificados de coinfeção TB/HIV, bem como caracterizá-los segundo variáveis de contextos



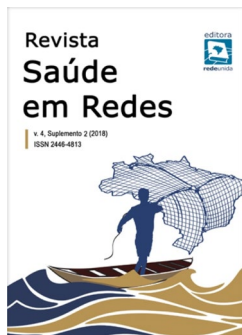
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sociodemográfico e clínico-epidemiológico no município de Imperatriz-MA. Metodologia: Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado em um dos municípios do nordeste brasileiro considerado prioritário para o controle de TB e baseado em dados secundários das fichas individuais de TB do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período compreendido entre 2006 e 2015. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2017. A prevalência da coinfeção TB/HIV na população foi determinada mediante a realização de sorologia para o HIV e liberação de resultados, excetuando os testes em andamento. As variáveis analisadas relativas à caracterização sociodemográfica foram sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade e zona de residência. Já os dados de investigação clínico-epidemiológica foram tipo de entrada, forma clínica, realização de baciloscopia, prova tuberculínica (PT), cultura, realização de tratamento supervisionado e desfecho de tratamento. A análise exploratória dos dados foi realizada mediante a estatística descritiva, na qual para variável idade foram expressas medidas de tendência central e para as demais variáveis investigadas foram expressos valores absolutos e relativos. Resultados e discussões: Foram notificados 800 casos de TB no período sob investigação. Dos pacientes testados para HIV (363; 45,5%), excetuando os que apresentaram exame em andamento (53; 6,6%), 68 eram coinfectados, equivalendo a uma prevalência de 19%. Observa-se, nessa casuística, que a prevalência de coinfeção no município investigado apresenta-se subnotificada e associada à incipiente demanda do teste sorológico para HIV, uma vez que parcela significativa dos pacientes não realizou o teste anti-HIV, recomendado pelo PNCT. Dos coinfectados, a maioria dos casos era do sexo masculino (53; 77,09%), com idade mínima de 05 anos de idade e máxima de 73 anos, a média de idade foi de 37 anos, desvio padrão de 16 anos e mediana de 34 anos, raça/cor parda (40; 58,08%) com predomínio de escolaridade ensino fundamental incompleto com destaque para a 1º - 4º série incompleta (14; 20,05%) e residentes na zona urbana (65; 95,06%). Sobre as características clínicas e epidemiológicas, predominaram os casos novos (56; 82,3%) como tipo de entrada, sendo a maioria forma clínica pulmonar (58; 85,03%), com destaque para baciloscopia de escarro positiva (31; 45,05%), cultura de escarro não realizada (59; 86,08%), raio-x torácico suspeitos para TB (57; 83,08%), teste tuberculínico não realizado (52; 76,04%). Realizado o tratamento supervisionado em uma pequena parcela dos casos notificados (45; 66,02%), fator esse que pode deixar de contribuir para o sucesso do tratamento, uma vez que, o tratamento diretamente observado proporciona uma melhor atenção ao paciente por



meio do acolhimento quando humanizado, possibilitando a adesão ao tratamento, garantindo a cura para a TB e diminui significativamente a taxa de bacilos multirresistentes, reduzindo a mortalidade e o sofrimento humano. Permite ainda, realizar ações de educação em saúde mais efetivas voltada para a orientação do paciente, família e comunidade. No que se refere aos desfechos de tratamento no período que compreende este estudo, observou-se um baixo percentual de cura (57; 86,36%) e um alto percentual de encerramento como óbito por outras causas (10; 14,7%) e óbito por TB (1; 1,5%). É importante destacar que de acordo com as normativas internacionais para definição da causa do óbito, todos os pacientes com coinfeção TB/HIV que foram a óbito devem ser encerramentos no SINAN-TB como “óbito por outras causas”. Nesse mesmo período, foram identificados 10 casos de recidiva para coinfeção TB/HIV entre os 68 casos notificados (10; 14,7%). Algumas medidas já são realizadas para a redução dos desfechos desfavoráveis de tratamento entre pessoas com a coinfeção TB/HIV, entre elas, destaca-se a realização da terapia antirretroviral (TARV). Apesar disso, no Brasil, os resultados da utilização da TARV ainda não é o ideal, tanto para os casos novos quanto para retratamentos. É importante compreender que há ainda maior dificuldade para o diagnóstico de TB entre PVHA, em razão da possibilidade de exames falso-negativos como baciloscopia, cultura e imagens radiológicas pulmonares atípicas. Outro agravante na adesão do tratamento medicamentoso é uma maior quantidade de comprimidos a serem ingeridos, limitações de antirretrovirais disponíveis sem interação medicamentosa com os medicamentos da TB, ainda a apresentação de mais efeitos adversos e uma maior toxicidade mediante utilização das múltiplas medicações. Considerações Finais: A coinfeção, em si, já indica uma situação de vulnerabilidade da doença pelo HIV/aids, deixando o paciente em maior risco para demais infecções oportunistas e risco de morte. A notável relação que a TB possui com as condições sociais e determinantes de saúde demandam formas de abordagem e vigilância dos casos notificados em diversos cenários para a quebra do ciclo de transmissão e progressão da doença. A análise revelou um perfil epidemiológico e situacional de saúde em termos de morbimortalidade da população atingida por coinfeção TB/HIV no município de Imperatriz-MA, apresentando aspectos importantes, e avaliações a serem consideradas e realizadas pelos gestores dos Programas de Controle de TB das três esferas de gestão, que podem contribuir para a identificação de entraves na melhoria da atenção às pessoas com TB/HIV e para a implementação de soluções, buscando

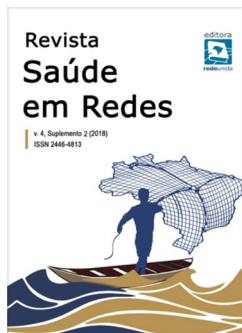


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estratégias para superar esses desafios, amparando o fortalecimento das ações de saúde e na redução dos casos registrados.

Palavras-chave: Coinfecção TB/HIV; Prevalência; Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Aspectos clínico-epidemiológicos.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

NEUROCRÍPTOCOCOSE: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO OESTE DO PARÁ

Victor de Lima Dias, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplício, Sheyla Mara Silva de Oliveira

Apresentação: Criptococose é uma doença de causa fúngica do tipo leveduriformes pertencentes ao gênero *Cryptococcus* que infecta humanos e animais. É uma micose sistêmica de alta letalidade, e causa cerca de 625 mil mortes por ano em todo o globo. Pode acometer os ossos, trato urinário, sangue, pele olhos, próstata, e principalmente o pulmão e o encéfalo. O ambiente é classificado como a fonte de contágio, pois umas das formas de contágio dá-se por inalação de leveduras que podem acometer indivíduos imunocompetentes como imunodeprimidos, estes com maior frequência. Solos com excesso de excrementos de pombos são considerados como os locais mais propensos para a propagação do fungo em virtude das leveduras se nutrirem das substâncias presentes nas excreções, fator condicionante para desenvolvimento e proliferação. Por outro lado, ainda não se tem registro de transmissão direta. Em se tratando de um fungo saprófita, ou seja, obtêm energia de matéria em decomposição, está presente comumente no solo, em frutas secas e nas árvores, também presente nos excrementos de aves, com maior predominância nas fezes de pombo. O fungo pode permanecer como saprófita na árvore brônquica do indivíduo e manifestar doença apenas quando há um desequilíbrio na imunidade. As manifestações pulmonares ocorrem após inalação das leveduras que se multiplicam nos pulmões, causando sintomas em 2/3 dos casos. Geralmente provoca tosse com secreção de muco em 54% dos casos, febre em 26%, hemoptise em 18%, derrame pleural em menos de 10%, sudorese noturna, fraqueza e emagrecimento também podem estar presente. A neurocriptococose caracteriza-se pela meningite fúngica causada pelo criptococo, está por sua vez, tem mais chances de se disseminar em um indivíduo já debilitado, porém também acomete imunocompetentes. O agente etiológico chega ao encéfalo através da corrente sanguínea, mas se aloja com mais facilidade no líquido cefalorraquidiano (LCR), uma vez que possui pouquíssimos leucócitos. Por conseguinte, ocorre a multiplicação das leveduras no LCR causando a inflamação das membranas encefálicas apresentando cefaléia, rigidez de nuca, fotofobia, náuseas e êmese. Objetivo: Relatar experiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma paciente com diagnóstico de Neurocriptococose em um hospital público do Oeste do Pará.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por discente 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, durante o mês de setembro 2017. Utilizou-se da técnica de observação sistemática, dirigida e participativa através do exame físico e anamnese, construção do histórico e identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários, posteriormente aplicou-se Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de acordo com a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Resultados e/ou impactos: A.C.S. 35 anos, sexo feminino, parda, admitida na Clínica Médica no dia 19/08/2017, veio deambulando com diagnóstico inicial de Neurocriptococose, Criptococose pulmonar (suspeita) e Hipocalcemia. Relata exposição a dejetos de pombos em residência em desuso durante uma faxina; informa fazer uso de hiperglicêmico há 10 anos para tratamento de Diabetes Mellitus tipo dois. Com o agravamento do sinais clínicos neurológicos e pulmonares foi encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva e após 10 dias transferida para clínica médica. Faz uso de: fluconazol, dermostatin, omeprazol, metoclopramida e fenitoina. Os diagnósticos de enfermagem segundo NANDA foram: 1) Risco de glicemia instável, evidenciado pelos altos níveis glicêmicos e monitoramento inadequado da glicemia; 2) Sobrepeso relacionado com restrição ao leito, evidenciada pela diminuição de atividade física e ingestão diária maior que a recomendada para o gênero e idade. 3) Volume de líquidos excessivo, caracterizado por edema em extremidade dos membros inferiores; 4) Constipação, relacionada com incapacidade para evacuar; 5) Mobilidade física prejudicada, evidenciada por alterações na marcha relacionada a dor e prejuízos neuromusculares; 6) Sofrimento espiritual, caracterizado por choro relacionado com dor e sentimento de incapacidade; 7) Risco de infecção, revelado por alteração da integridade da pele evidenciado por acesso venoso periférico em mão D.; 8) Integridade da pele prejudicada, definida por alterações devido a fatores mecânicos, mucosa oral prejudicada evidenciado por lábios ressecados e presença de fissuras sangrantes, couro cabeludo infestado pediculose. As intervenções de enfermagem estão embaçadas em um plano assistencial de cuidado individualizado e sistematizado, os quais abrangem: monitoração e controle dos níveis de glicemia; estímulo neuromuscular no leito para fortalecimento do tônus muscular, deambulação com ajuda; massagem linfática em extremidade dos membros inferiores, nutrição equilibrada de acordo



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

com prescrição nutricional, incentivar a ingestão de alimentos ricos em fibras e a ingestão de água com maior frequência; manter higiene oral satisfatória, hidratação labial com manteiga de cacau; administração de medicamentos prescritos de horário; Realização da troca de acesso venoso periférico e verificação de sinais flogísticos em local de acesso; realização de curativo diariamente, com aplicação de Nistatino e ácido salicílico em área corpórea lesada; hidratação da pele com ácidos graxos; troca de fralda geriátrica sempre que necessário; tricotomia e aplicação de ácido acético para controle da pediculose. Considerações finais: Em relação ao estado de doença atual, manteve-se o diagnóstico de Neurocriptococose, sendo descartada a suspeita de criptococose pulmonar. Obteve resolatividade do quadro de Hipocalemia, estabilização dos níveis glicêmicos e melhora significativa das lesões cutâneas, também alcançou ligeira melhora na deambulação prejudicada, mesmo necessitando de auxílio para mobilizar-se no leito e para deambulação em pequenas distâncias, expressou melhora da dor e sentimento de incapacidade ao longo do acompanhamento, havendo uma perceptividade de melhora do estado geral. Observou-se que a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, foi fator condicionante para melhora da paciente, fortalecendo a necessidade de aplicação de cuidados fundamentados em princípios científicos. Outra constatação foi que, a prática de enfermagem quando conduzida por meio da SAE permite a realização de uma assistência mais humanizada, organizada e individualizada. Ressaltamos ainda, quão importante a necessidade que o enfermeiro em formação detenha conhecimento a respeito de aspectos fisiopatológicos e os agravantes que acometem os pacientes com neurocriptococose.

Palavras-chave: Enfermagem; Sistematização; Neurocriptococose.



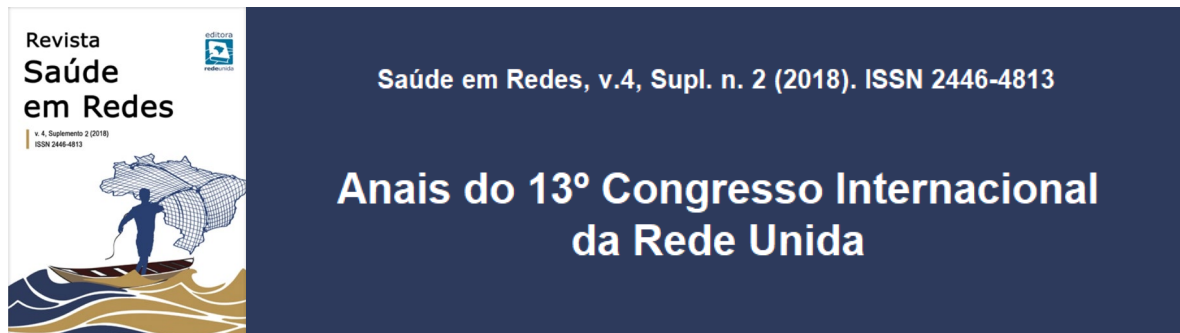
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E ARTICULAÇÃO DA REDE DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DOS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Danielly Maia de Queiroz, Delane Felinto Pitombeira, Márcia Andréia Barros Mourá Fé, Lúcia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO: Integralidade é um termo polissêmico, que pode ser compreendido por conjuntos de atributos, tais como propôs Mattos (2009): atributos das práticas dos profissionais de saúde, denominadas pelo autor como “boas práticas”; atributos da organização dos serviços; e ainda respostas do governo aos problemas de saúde. Em qualquer dos eixos que se trabalhe, o autor aponta a importância de se opor a reducionismos e à objetivação dos sujeitos, buscando voltar-se ao diálogo, à compreensão das necessidades dos sujeitos, e à melhor forma de atender a essas necessidades. Com vistas a garantir as condições de possibilidade para efetivação da integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido organizado em redes de atenção, tendo a atenção primária à saúde (APS) como ponto de partida da dimensão sistêmica do cuidado em rede, processo que implica a proposição de arranjos regulatórios e a coordenação e gestão do cuidado, possibilitando a articulação e a interlocução entre os diversos serviços. Cecílio (2009) nomeia o processo de “integralidade ampliada” como a capacidade de articulação em rede dos diversos serviços de saúde e ainda as ações intersetoriais. Concretizar tais processos no cotidiano dos serviços é desafiador, pois a literatura já aponta a adversidade dos incipientes mecanismos de referência e contrarreferência, dos ruídos de comunicação entre os diversos serviços e até mesmo a dificuldade de efetivação do acompanhamento longitudinal dos usuários. Feuerwerker (2011) considera que a “cadeia de cuidado em saúde” envolve arranjos que articulam acesso, vínculo e continuidade do cuidado, norteando-se pela integralidade e pelas necessidades de saúde. A autora afirma que mesmo diante da possibilidade de desencontros de expectativas e de relações nem sempre simétricas, a gestão do cuidado se propõe a superar: as insuficiências de conhecimento sobre a situação de vida das pessoas, a pobreza dos vínculos, a referência sem responsabilização, a contrarreferência não efetivada e os protocolos construídos unilateralmente que acabam não sendo adotados. **OBJETIVO:** Partindo dessa compreensão, o presente trabalho tem como objetivo apresentar as percepções de profissionais de duas unidades de saúde sobre a articulação da APS junto à



rede de atenção, tendo como cenário o município de Fortaleza. METODOLOGIA: Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 22 profissionais (sendo 12 de nível médio e 10 de nível superior), as quais foram gravadas e transcritas, no período de julho 2015 a agosto de 2016. O material produzido foi analisado a partir de categorias temáticas. Ressalta-se que esse estudo faz parte da pesquisa “Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção”, desenvolvida pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e obedeceu às normas que regem a pesquisa com seres humanos, conforme resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, CAAE n° 36453414.0.3002.5684. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Pode-se perceber que a integralidade do cuidado constitui um grande desafio a ser enfrentado pelo sistema, uma vez que os entrevistados apontaram dificuldades tanto no acesso aos serviços, quanto fragilidades na comunicação entre eles. Embora se reconheça a APS como porta de entrada, verifica-se uma deficiência na articulação com os outros pontos da rede. Ainda se percebe uma distância entre os diferentes níveis da atenção, fato que compromete a dimensão integral dos cuidados em saúde, além da função da APS como coordenadora da rede. A demora em conseguir realizar procedimentos (consultas e/ou exames) com alguns especialistas é mencionada pelos profissionais como dificultador do cuidado, uma vez que não se observou ampliação significativa da rede de serviços. O acesso a redes de outras linhas de cuidado, a exemplo da atenção psicossocial, também foi aspecto relevante, principalmente por nem sempre a rede dispor de haver profissionais que atendam às necessidades dos usuários. Em relação a isso, considera-se importante ressaltar a existência de poucas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município, as quais seriam fundamentais para ampliar as ações da APS, inclusive no incremento das ações de promoção e prevenção à saúde, tornando-a mais resolutiva. Esse é um fator considerado importante, uma vez que parece haver um incremento de ações mais alinhadas com o âmbito individual dentro da perspectiva curativa, fragilizando a dimensão coletiva e dialógica necessária à compreensão integral da saúde, bem como à formação de equipes interprofissionais e interdisciplinares. Além disso, a observação da fragilização do controle social e da participação da população na conquista (e garantia) de direitos tem suscitado questionamentos, uma vez que fortalece uma postura menos ativa da sociedade, distanciando a dimensão política dos processos de cuidado e assistência.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante disso, considera-se que a articulação e a coordenação dos processos de cuidado em rede pela APS representa um grande desafio para a integralidade do cuidado, tanto no sentido do atendimento às necessidades da população, quanto na perspectiva de sua função dentro do sistema de saúde brasileiro. Mesmo com os avanços evidenciados por pesquisas e pela literatura, vive-se um profundo tensionamento fruto da apresentação da nova política lançada no ano de 2017. A Estratégia Saúde da Família se encontra ameaçada enquanto modelo fundamental e prioritário na organização da APS, colocando em xeque toda a construção e o reconhecimento da importância da mesma como mais alinhada à perspectiva integral, tomando por base o acolhimento e o vínculo entre profissional/equipe e usuário/comunidade. Sua função como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, embora fragilizada em muitos contextos, necessita, antes de tudo, de mais investimentos para que se possa cumprir a função que lhe foi atribuída. As dificuldades que foram encontradas na pesquisa realizada fazem refletir sobre a forma de organização e resolução para o cuidado dentro da rede de atenção, mas, em nenhum momento, negam a relevância da APS dentro do sistema. Em oposição a isto, reconhece-se a complexidade e os desafios que são postos cotidianamente ao SUS, e mais especificamente à APS, reafirmando a importância de uma APS ampliada, integrada e participativa, para que cada vez mais se garanta o cuidado integral à população e se fortaleça os princípios de uma saúde pública e de qualidade.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Redes de atenção à saúde; Processo de Trabalho.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E ALIMENTAR DOS PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DE COARI-AM.

Francisca Márcia Borges Leal Moreira, Monike Emyline Andrade Rodrigues, Elison de Souza Sevalho, Ivone Lima Santos, Kaila Maria Melo Vasconcelos

O professor é o profissional responsável por trazer sobre si uma das mais importantes missões, que é a formação de novos profissionais, mas trazem consigo uma rotina estressante de trabalho, que acabam por refletir na sua qualidade de vida, deixando-os sujeitos a diversas vulnerabilidades entre elas.

Neste contexto, pouco se reflete sobre a qualidade de vida dos responsáveis pela educação da maioria dos estudantes brasileiros, e devido algumas dificuldades enfrentadas como baixos salários, alunos problemáticos, grande carga horária, excesso de exigência na atuação como profissional, percepção de qualificações inferiores entre outros motivos, somadas a grandes jornadas de trabalho, o sedentarismo o que os levam também a escolhas errôneas na alimentação, e consigo propiciando maus hábitos alimentares.

Este estudo contribui para obtenção de bons hábitos alimentares, para a prevenção de doenças que estão associadas à má alimentação, as quais estão crescendo de forma significativa nos dias atuais para os professores. Deste modo, o presente estudo busca avaliar o estado nutricional dos professores que atuam no Município de Coari-AM.

O estudo foi realizado em escolas municipais e estaduais da cidade de Coari-AM. A amostra foi definida a partir da contagem dos professores que se propuseram a fazer parte do estudo voluntariamente e estiverem dentro dos critérios de inclusão. A amostra populacional incluída no estudo, foi composta por professores ativos da rede pública de ensino de ambos os sexos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, CAAE: 40624614. 9.0000.5020.

As variáveis foram sexo, idade, peso, circunferência da cintura, abdominal, quadril, braço, estatura, IMC e consumo alimentar. O instrumento de coleta dos dados para avaliação do estado nutricional foi feito através da antropometria e avaliação do consumo alimentar dos professores.

A antropometria foi realizada de acordo com as Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Para a tomada de peso foi utilizada uma balança digital



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Glicomed com capacidade para 150 kg. Para aferição da estatura foi utilizado o estadiômetro portátil Cardiomed® com escala em milímetros com limite para 2.20m.

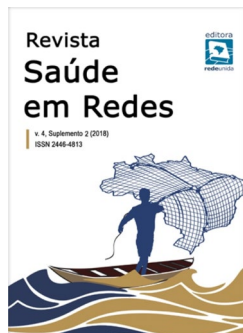
As circunferências da cintura do quadril e do braço foram obtidas através de fita métrica flexível, inelástica da TBW®, com escala em centímetros e limite de 150 cm, colocada diretamente sobre a pele. Avaliação do consumo alimentar ocorreu através do Recordatório 24h, método quantitativo que permite avaliar a ingestão de nutrientes. A análise descritiva da população em estudo foi realizada com o auxílio do software Microsoft Excel 2010, sendo as variáveis categóricas apresentadas na forma de porcentagem.

O município de Coari-AM, atualmente conta com 16 escolas da rede municipal e 15 da rede estadual, que totalizam 31 estabelecimentos públicos de ensino, das quais somente 16 escolas pôde-se realizar a pesquisa, sendo 10 estaduais e 6 municipais, somando um senso de 486 educadores, no entanto, houve perdas e recusas em participar do estudo de 73,1% (n=355). A amostra final foi composta por 131 (26,9% da população total) professores, dos turnos matutino e vespertino, sendo que 73,3% (n=96) eram do sexo feminino e, 26,7% (n=35) do sexo masculino.

Dentre as variáveis socioeconômicas da população estudada sem distinção de gêneros, a maioria (58%) possuíam faixa etária variando entre 30-45 anos, 13,7 % entre 18-29 anos, 27,5 % entre 46-59 anos e 0,8% > de 60 anos. O estado civil dos entrevistados verificou-se que 19% eram solteiros, 77,2% casados/uniões estável e 3,8% viúvos. A renda mensal dos entrevistados, analisou-se que 3,8% <1 SM, 23,7% 1-2 SM, 35,2 % 3-4 SM, 6,8% >5 SM e 30,5% não informaram. Em relação ao tempo de serviço, a maioria dos entrevistados cerca de 45, 8% possui >11 anos de docência, 16,8% <4 anos, 22,9% 5-10 anos, 14,5% não informaram.

Na avaliação antropométrica realizada nos participantes, avaliou-se quanto a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC²), pois torna-se medida útil para avaliar o excesso de gordura corporal, pois, independentemente de sexo e idade, adultos com IMC igual ou superior a 30kg/m² devem ser classificados como obesos.

Dentre os resultados obtidos a partir da população geral, o IMC dos 131 avaliados demonstraram que 0,8% apresentaram desnutrição, 26,7% estão eutróficos, 30,5% com sobrepeso e 42,0% com obesidade, sendo que o gênero feminino, 30,5% apresentou índices preocupantes de obesidade, ao contrário do gênero masculino que obteve 11,5% com obesidade.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Visto que na classificação do IMC² obteve-se um grande número de professores de ambos os sexos com peso elevado, fez-se então a distribuição desses profissionais por grau de obesidade. Neste contexto, os professores do sexo feminino apresentaram maior prevalência em todos os graus de classificação de obesidade. No estado de obesidade grau III apresentou índices de 3,9%, prevalente somente no sexo feminino. Já no estado de obesidade do grau II os resultados foram de 3,0% para homens e 7,1% para mulheres. Quanto à obesidade do grau I as taxas ficaram de 8,4% para homens e 21,4% mulheres, nota-se que o índice é quase três vezes superior ao do sexo masculino.

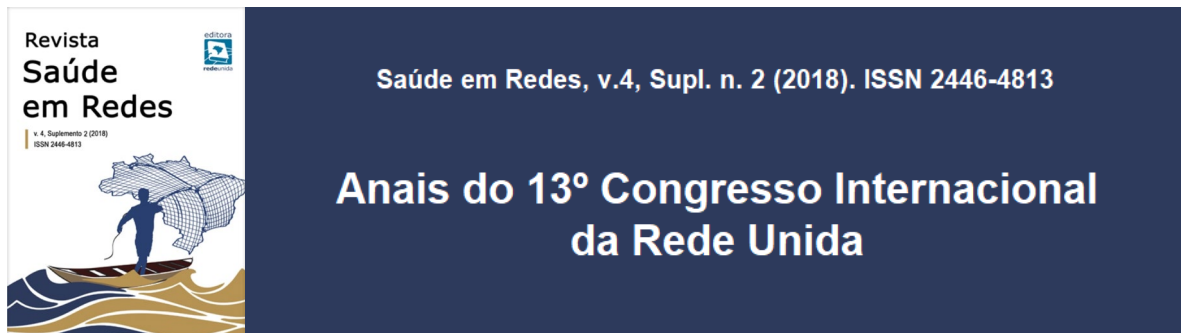
Devido à grande prevalência de sobrepeso/obesidade, avaliou-se a Circunferência da Cintura (CC), onde observou-se que a probabilidade para risco aumentado e muito aumentado para doenças cardiovasculares, predominou-se no sexo feminino. Alguns fatores podem estar associados, por isso observou-se outras variáveis na população geral estudada, tais como a jornada de trabalho, cerca de 39% possui 4h, 51,9% possui 8h e 9,1% possui 12h. Em relação à atividade física, 55,7% declararam não praticar. Quanto aos fatores genéticos na população geral, o que se mais destacaram foram Hipertensão Arterial Sistêmica (69,4%), Diabetes mellitus (39,7%) e Câncer (34%).

Quanto a avaliação do consumo alimentar, as análises realizadas no Recordatório 24h, o fracionamento das refeições mostrou que a maioria dos docentes de ambos os sexos realizaram quatro refeições (44,3%) ao longo do dia, dentre as quais se destacaram o almoço com 95,4%, desjejum com 85,5%, jantar com 82,4%, lanche da tarde com 76,3%.

Para completar as análises da avaliação alimentar, foi calculado as calorias dos 131 recordatórios, no qual foi possível observar que o sexo masculino o consumo de calorias das refeições realizadas ao longo do dia ficou entre 1,531.90 kcal e 2,991.23 kcal. Já as mulheres consumiram entre 1,399.65 kcal e o de maior consumo foi de 2,701,95kcal.

Quanto à participação em projetos voltados para avaliação nutricional e/ou mesmo consulta, ou qualquer atividade que esteja relacionado a alimentação saudável, obteve-se os seguintes resultados: 38,9% (n=51) já haviam participado, seja na forma de consultas, assistido palestras, entre outras atividades voltadas para o tema, mas 61,1% (n=80) dos educadores que se dispuseram de livre espontânea vontade a participar desse projeto.

Dessa forma, a grande prevalência de sobrepeso e obesidade entre os professores mostra a necessidade de trabalhar com esses profissionais, levando Orientações Nutricionais que venham contribuir para promoção hábitos de alimentares saudáveis e com isso proporcionar



qualidade de vida. É de fundamental importância que haja implantação de ações na área da saúde pública, voltadas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), e outras patologias associadas à obesidade, levando em consideração o estado nutricional dos professores atuantes no Município de Coari-AM.

Palavras-chave: Professores; avaliação nutricional; obesidade



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Marcela Catunda de Souza Michiles, Ester Alves de Oliveira, Lowisa Consentini Garcia, Thalia Mendonça Cardoso, Sibila Lilian Osis, Selma Barboza Perdomo

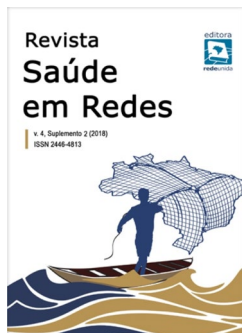
Apresentação: Durante a atuação dos profissionais da área da saúde, diversas atividades são realizadas incessantemente visando o bem-estar do paciente, seja para proporcionar conforto, melhora clínica ou recuperação culminando na alta do indivíduo. Culturalmente sabe-se que não existe margem para qualquer outro resultado que não seja o restabelecimento completo da saúde, isto é, do ponto de vista da expectativa dos familiares e do próprio enfermo, que anseia pelo retorno de suas atividades. Contraditoriamente, durante o exercício da profissão, constata-se que diariamente o profissional da saúde precisa lidar com a comunicação de notícias difíceis e questões relacionadas à terminalidade, uma vez que a escassez de recursos terapêuticos e a finitude da vida são inevitáveis. Por esse motivo, questões que envolvam más notícias são desafiadoras e complexas, exigindo do profissional competências e habilidades técnicas para transmitir da melhor forma possível informações de impacto, ou seja, informações que possuam significado de mudanças ou ruptura de realidade. O objetivo é preservar a dignidade dos protagonistas do contexto da enfermidade. No decorrer da formação acadêmica de enfermeiros, médicos e demais profissionais da saúde, nota-se a existência de um preparo que molda esses profissionais para, essencialmente, recuperar a saúde. Diante de opções discordantes, emergem sentimentos de fragilidade, incompetência e vulnerabilidade, sendo difícil lidar com o manejo das próprias emoções, as do paciente e as da família. Assim sendo, questiona-se: como não desconstruir a si e ao outro diante da transmissão de notícias difíceis? Como conduzir, de maneira assertiva, tal ação? Como reconhecer a família e sua atuação como parte indispensável nesse momento? Justifica-se, então, a necessidade de desenvolver entre os profissionais da área da saúde, sobretudo entre os enfermeiros e médicos, competências e habilidades de comunicação em situações complicadas. Além do delineamento de novas estratégias de ensino e recursos competentes e comprovados cientificamente, que sustentem a atuação dos profissionais diante da complexidade que é lidar com a transmissão de más notícias. Dessa forma, objetiva-se, de modo geral, analisar o conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre essa temática. Especificamente, objetiva-se identificar o perfil sócio-



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

religioso dos profissionais, listar as atividades consideradas complexas na transmissão de notícias difíceis e por fim, correlacionar essas variáveis específicas na comunicação com o perfil sócio-religioso. Desenvolvimento: Trata-se, então, de um estudo observacional, do tipo transversal, com coleta de dados em um hospital na cidade de Manaus. Em relação os critérios de elegibilidade, serão incluídos profissionais de nível superior que prestam assistência aos pacientes tais como: médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, residentes de enfermagem, medicina e odontologia que atuem nas diferentes unidades desse hospital a mais de 30 dias. Para os critérios de não elegibilidades, serão excluídos os profissionais visitantes ou em intercâmbio, internos de medicina e enfermeiros voluntários ou em treinamento. O cálculo amostral foi realizado pelo programa OpenEpi de acordo com o número de profissionais que atuam nos plantões diurno e noturno. Para os enfermeiros e médicos a amostra foi definida com uma frequência antecipada de 50%, limite de confiança de 5% e um intervalo de confiança de 95% totalizando uma amostra de 75 enfermeiros e 56 médicos. Para os demais profissionais, têm-se a população total de 5 assistentes sociais, 5 fisioterapeutas e 8 odontólogos. A coleta de dados é baseada em um instrumento contendo: a) variáveis relacionadas às características gerais: profissão, especialização/titulação, idade, gênero, raça/cor, estado civil, número de filhos, setor de atuação e tempo de atuação na unidade; b) variáveis específicas relacionadas ao tema do projeto: frequência com que informa notícias difíceis, nível de dificuldade na comunicação, preparo prévio para transmissão de notícias difíceis, percepção de habilidades e dificuldades para a tarefa, manejo das emoções próprias e do paciente, uso de protocolo e estratégias baseadas em evidências, percepção de sofrimento do impacto da tarefa. Relacionado aos aspectos éticos, o projeto recebeu parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob número 68953017.5.0000.5016. Para a análise dos resultados, os dados serão tabulados no programa Excel e caracterizados pela descrição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. O Teste Qui-quadrado de Pearson será utilizado para avaliar as diferentes categorias e o Teste t-Student para avaliar a diferença entre as médias. Serão considerados achados estatisticamente significativos aqueles com valor de $p < 0,05$. Resultados: Ainda em andamento, a pesquisa não dispõe de resultados finais. No entanto, de acordo com a literatura levantada para a elaboração do projeto, infere-se que os profissionais da área da saúde não são ensinados, no decorrer da graduação e atuação profissional, a transmitir notícias difíceis. Por



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

consequência, considera-se uma tarefa árdua a comunicação de más notícias devido ao provável desconhecimento, ou pouco conhecimento de protocolos e estratégias que facilitem essa atribuição. Dessa forma, entende-se que o resultado de tal falha faz com que o maior tempo de profissão favoreça o surgimento de habilidades únicas e específicas na comunicação, o que não significa que a maneira com que a informação está sendo dita é a maneira ideal. Diante disso, sustenta-se a importância em considerar a temática fundamental na formação acadêmica, visto que, por mais que a frequência em relatar más notícias seja diferente entre as especialidades, essa ação é inevitável. Ao considerar o manejo das emoções, presume-se que a maior parcela dos profissionais de saúde possui dificuldades em lidar com as reações do paciente e conseqüente família, após cedido informações de impacto. Ainda assim, é preocupante a dificuldade que os profissionais apresentam no manejo das próprias emoções, uma vez que esse obstáculo acaba por influenciar a atuação do mesmo, colocando suas ações em dúvida e despertando sentimentos de incapacidade. Esses resultados estimulam novas estratégias e estudos com o propósito principal de melhoria na assistência à saúde. Considerações finais: Comunicar algo que tem por consequência a ruptura de uma determinada realidade, alterando de maneira negativa a vida de uma pessoa é de bastante responsabilidade. A discussão do assunto é imprescindível pois as más notícias podem acontecer em qualquer esfera da saúde, seja atenção primária, secundária ou terciária. Considerar a temática é entender que a atuação profissional pode ser realizada da maneira mais assertiva possível, diminuindo as chances de respostas que podem atrapalhar e piorar o processo de saúde de um enfermo e até mesmo despertar sentimentos agressivos na família. O objetivo é a construção de habilidades para que seja dito, mesmo em situações limitantes, uma perspectiva saudável e realistas de situações inevitáveis na área da saúde. A notícia dada de maneira correta reconstrói o entendimento do que é saúde para o enfermo, tornando-o protagonista do seu processo de melhora, também reconhece a importância da família e, finalmente, facilita a atuação profissional, evitando o surgimento de sensações de vulnerabilidade e até mesmo a formação de um profissional desumano. Trazendo, então, benefícios à sociedade.

Palavras-chave: Revelação da verdade; Comunicação em saúde; Notícias difíceis



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ENFERMAGEM E OS DETERMINANTES SOCIAIS, AMBIENTAIS E DE SAÚDE: DESCREVENDO EXPERIÊNCIA EM UMA COLÔNIA DE PESCADORES

Germana Maria da Silveira, Lívia Alves de Souza, Leidy Dayane Paiva de Abreu, Luzia Martins Pereira, Francisca Emanuela Paiva de Abreu, Ana Hirley Rodrigues Magalhães, Francisca Alanny Araújo Rocha

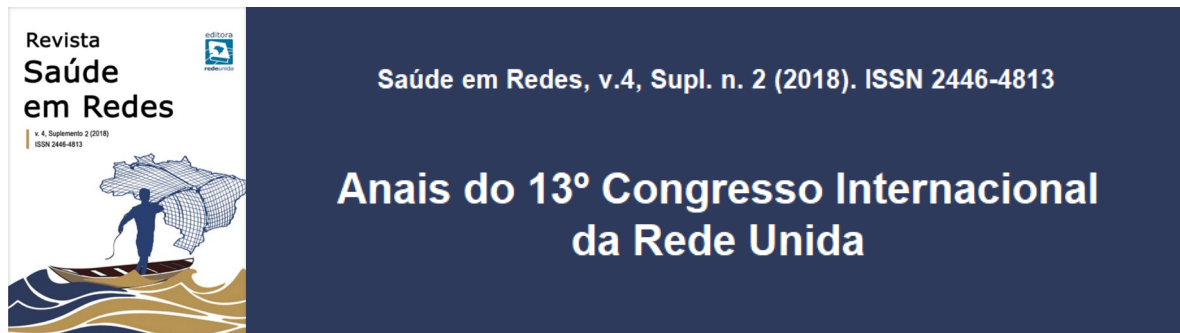
DESENVOLVIMENTO: A saúde ambiental nos últimos 20 anos vem sendo compreendida como uma área recente no Sistema Único de Saúde (SUS) e integrante de uma Saúde Pública renovada. A saúde ambiental não só integra o movimento de promoção da saúde, mas também é de grande importância, pois retoma o debate sobre os determinantes sociais da saúde expressos nos relatórios publicados tanto pela Organização Mundial da Saúde, como pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Atividades tradicionais de extrativismo, como, por exemplo, a pesca artesanal, a agricultura de subsistência e a extração vegetal, dependem, demasiadamente, do contexto ambiental na qual estão inseridas e encontram-se fortemente condicionadas aos ecossistemas em que se reproduz o trabalho. Essas atividades sofrem maiores impactos em territórios refuncionalizados produtivamente, que assumem, por conseguinte, novas configurações socioeconômicas, características de um processo de desterritorialização. Compreender as transformações em territórios de ecossistemas marinhos implica no reconhecimento de que os processos de trabalho associados a esses esforços produtivos em particular a pesca artesanal, estão sujeitos a assumir outras funções ou configurações diferentes daquelas historicamente estabelecidas. O diagnóstico de saúde da comunidade constitui a primeira etapa do planejamento em saúde e consiste no conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco e recursos existentes na área da saúde. Com esse diagnóstico, o enfermeiro consegue identificar os grupos vulneráveis que serão alvos de uma atenção prioritária em projetos de intervenção na comunidade. Neste contexto, encontra uma colônia de pescadores do distrito de Aracatiaçu, situado município de Sobral/CE, em que pescadores vêm desenvolvendo estreitas relações com a natureza, de onde extraem a subsistência de suas famílias, por conseguinte, enfrentando diversas questões relativas às condições de vida, saúde e doença. Os pescadores fazem parte dos grupos populacionais vulneráveis. Os grupos populacionais vulneráveis são aqueles que têm



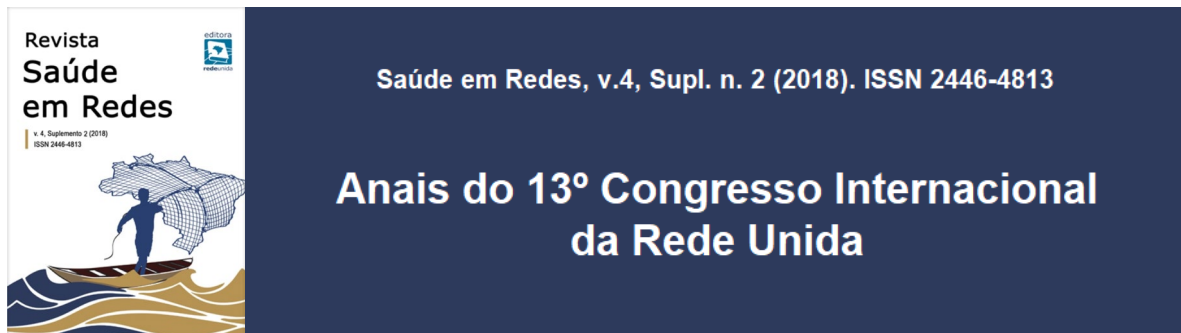
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

maior probabilidade, ou seja, maior possibilidade de desenvolver problemas de saúde do que o resto da população, apresentando frequentemente maior dificuldade no acesso aos cuidados de Saúde. Ao reconhecerem-se os aspectos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, grupo ou comunidade criam-se oportunidades de intervenções de enfermagem na busca de uma cobertura mais justa, equitativa e solidária, constituindo estes alguns dos princípios éticos e deontológicos que regem a atividade profissional de enfermagem. Dentro dessa vivência em campo, encorajando os indivíduos, famílias e grupos vulneráveis a obterem serviços de saúde, orientando para estratégias de prevenção e de promoção da saúde e ajudando a identificar potencialidade, dificuldades e recursos. Ante o exposto, pretendeu-se com esse estudo analisar os determinantes sociais, ambientais e de saúde de uma Colônia de Pescadores (Z67), distrito de Aracatiaçu, município de Sobral-CE. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo de caso, realizado in loco na associação dos pescadores da Colônia Z67, no distrito de Aracatiaçu-Sobral/CE. Participaram do estudo 62 pescadores associados na Colônia Z67. Foi realizado entre os anos de 2015 e 2016. Durante a investigação aplicou-se entrevista semiestruturada, a fim de obter o registro de informações objetivas a respeito das condições de vida, sociais, ambientais e de saúde dos pescadores. As entrevistas e observações foram analisadas por meio da categorização com base no modelo proposto do Diagrama de Determinantes Sociais de Saúde, segundo modelo de Dahlgren e Whitehead em 1991. Para os depoimentos dos pescadores, utilizou-se o anonimato dos participantes do estudo, utilizando nome popular de peixes do nordeste nas falas mais relevantes do estudo como: Cará, Curimatã, Pescada, Traíra, Branquinha, Pacu, Bico Doce. **RESULTADOS:** No estudo foi possível observar que a pesca artesanal é uma atividade que ocorre de forma familiar em todo o distrito de Aracatiaçu, Sobral/CE. A pesca artesanal acontece na Colônia de Pescadores Z67, tendo em média cerca de 150 pescadores artesanais profissionais associados no município de Sobral, sendo que 62 deste total estão no distrito de Aracatiaçu. Em relação à destinação dos rejeitos, a maioria declarou, não possuem fossas sépticas e lançar seus esgotos a céu aberto, embora o distrito seja contemplado com o projeto de saneamento básico, além de jogarem no rio as vísceras dos peixes tratados, como pode ser vista na fala de dois dos pescadores. “La em casa a gente joga toda sujeira no rio, o esgoto também cai lá. Aqui não tem saneamento básico.” (PACU). “Olha, depois que nós pega os peixes nós costuma tratar na beira do açude, porque muitos comerciantes gostam de comprar bem fresquinho, ai, nós joga dentro do rio mesmo



os fatos dos peixes. Já as garrafas usadas na pescaria nós junta e dá pra Paróquia.” (BICO DOCE). As respostas levaram a perceber que os pescadores demonstraram não ter conhecimento do impacto ao lançar os dejetos no corpo hídrico, principalmente na forma que os peixes são manuseados sem nenhuma preocupação sanitária sendo depositados sobre pedras ao redor do rio e lá mesmo é feito o tratamento dos peixes. Todo esse processo ainda é corriqueiro no cotidiano das pescas, e os pescadores veem isso como natural. Com relação à tipificação dos acidentes, as maiores ocorrências estavam associadas a cortes e perfurações envolvendo peixes, cortes com anzóis nas mãos e pés, quedas e contusões na canoa, tudo isso incide em doenças na vida das pescadoras e pescadores. Como elementos estruturantes da determinação social da doença, a contaminação e poluição do corpo d’água agudiza essa relação, tornando plausíveis os nexos causais patológicos na colônia de pescadores. Com relação às principais doenças relatadas pelos participantes, foram mais recorrentes nos depoimentos doenças como: dores na coluna, problemas de visão, ressecamento nos lábios, alergias, profundas rachaduras nos pés e até câncer de pele, dentre outras oriundas de inflamações por acidentes com apetrechos de trabalho da pesca. O estudo revelou uma enorme vulnerabilidade social da atividade da pesca artesanal. Outro fator importante identificado na pesquisa foi que há uma grande necessidade de orientações voltadas para promoção da saúde e desenvolver sensibilização socioambiental, em que foi observado que o pescado é vendido de forma inadequada sem atender aos padrões sanitários básicos de conservação e limpeza, principalmente no manuseio das vísceras que são lançadas no próprio açude. Com o desafio em tentar compreender como pescadores enfrentam as doenças, como relacionam com a saúde e quais recursos econômicos e sociais pode usar a favor de si, nos apropriamos de alguns elementos do seu cotidiano de vida, reconhecendo como os dissabores da atividade pesqueira favorecem o surgimento de doenças, nos levando a percepção da compreensão dos perigos diários, por eles enfrentados e da necessidade de trabalhar. Assim, as observações sobre os determinantes ambientais e de saúde, consistiram nas percepções e explicações realizadas enquanto uma releitura significativa do ambiente, consistindo em uma expressão de linguagem compartilhada com outros integrantes do grupo em que estão inseridos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com o estudo foi possível observar a emergência de uma série de dados que indicam as preocupações e angustias cotidianas do grupo de pescadores ao pontuarem problemas ambientais e de saúde, relacionados com aspectos sociais, econômicos e políticos.



Desejamos, com o estudo aqui apresentada e coloca um desafio às instituições, no desenvolvimento de políticas públicas especialmente orientadas às especificidades regionais dessas comunidades pesqueiras e a atuação conjunta com a organização comunitária, elaborando estratégias que lhes permitam refletir sobre as condições de meio ambiente, saúde e doença, visando transformá-la, para além da estrita lógica da sobrevivência.

Palavras-chave: Pesca; Saúde; Meio Ambiente



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ESQUIZOFRENIA E SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA: EM BUSCA DA EQUIDADE

Luiza de Paula Sousa, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Maria Cláudia Lima de Freitas

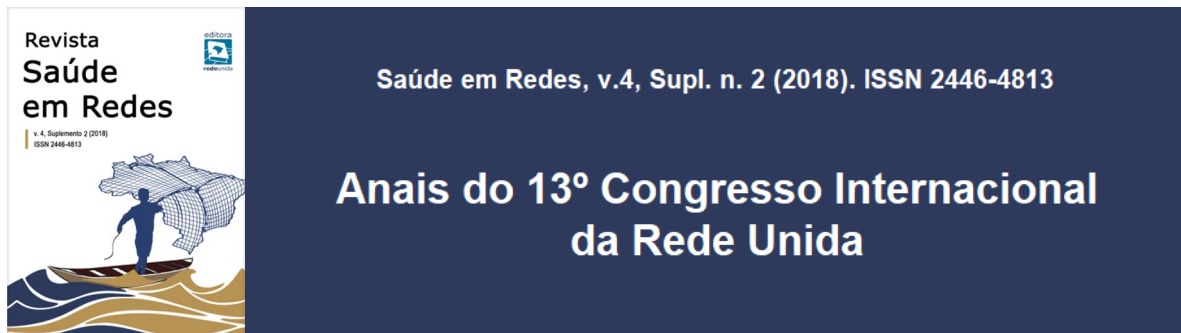
APRESENTAÇÃO: A constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, regido pelos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. Entretanto, parcelas da população ainda não têm acesso aos serviços e à resolução dos seus problemas de saúde, aqui evidenciada, saúde bucal. Dentre os preteridos, estão os indivíduos com transtornos mentais, notadamente, pessoas com esquizofrenia, doença crônica que atinge cerca de 1% da população. Este transtorno normalmente inicia-se antes dos 25 anos de idade, afetando pessoas de todas as classes sociais. Observa-se, pois, que se trata de uma grande parcela da população brasileira, boa parte dela, usuária do SUS, que deve ser assistida em todas as suas necessidades de saúde, inclusive necessidades relacionadas à saúde bucal. Os pacientes com transtornos mentais parecem ser um subgrupo dentre as pessoas com deficiência, ainda mais afetadas pelo preconceito e pela negligência, pois a própria OMS também afirma que “as pessoas que enfrentam problemas de saúde mental ou deficiências intelectuais parecem ser mais desprovidas em muitos cenários do que aquelas que enfrentam deficiências físicas ou sensoriais” (WHO, 2012). As questões relativas ao acesso aos serviços de saúde, são marcadas, de uma maneira geral, por situações conflituosas, que angustiam trabalhadores, gestores e usuários. A realidade aponta uma dificuldade ainda maior de atendimento para o grupo de pacientes com necessidades especiais, quando a busca é por Atenção em Saúde Bucal. A partir do exposto, surgem vários questionamentos: Que tipo de atenção em saúde bucal está sendo oferecido aos pacientes com transtorno mental, em especial aos com esquizofrenia, na ESF? Qual a resolutividade desta estratégia na atenção em saúde bucal para tal clientela? Qual ao preparo, formação e/ou disponibilidade dos profissionais que atuam na ESF, enquanto trabalhadores de uma proposta ordenadora do cuidado? Qual a opinião dos pacientes e/ou cuidadores acerca destas questões? Nesta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo geral, averiguar o acesso à atenção em Saúde Bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, no âmbito da Atenção Primária, em Fortaleza, Ceará. Seus objetivos específicos foram: Investigar o grau de satisfação de pacientes com esquizofrenia e/ou seus cuidadores, em relação ao acesso à atenção à saúde



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

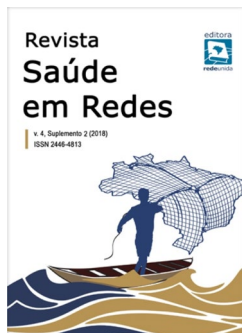
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

bucal oferecida na Estratégia Saúde da Família em Fortaleza – Ceará; Identificar a formação e capacidade/competência técnica autorreferida dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ce, para o cuidado, o atendimento e a resolutividade às demandas dos pacientes com esquizofrenia. Este trabalho objetiva mostrar um recorte da dissertação produzida, a partir da pesquisa realizada, evidenciando a percepção de pessoas com esquizofrenia entrevistadas, acerca da temática explicitada. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** tratou-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa (entrevistas estruturadas), em duas etapas (uma com profissionais da saúde bucal e outra com pacientes/cuidadores). A coleta de dados desta fase da pesquisa deu-se entre os dias 22 de abril e 26 de agosto de 2016, sendo realizada na sala de espera do ambulatório de atendimento aos pacientes com esquizofrenia e aos pacientes do ambulatório de Psicoses de Difícil Controle (PDC) do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (Hospital de Messejana), em Fortaleza- Ce. Este hospital foi escolhido, por conveniência, por ser o maior, o mais antigo e o único hospital totalmente público que presta assistência aos pacientes com transtorno mental, em Fortaleza. Um total de 100 pacientes com esquizofrenia e/ou cuidadores foram entrevistados. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo a pesquisa sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), sob o parecer nº 1774.361, de 10 de dezembro de 2015, seguindo suas recomendações. Os aspectos éticos da pesquisa foram cumpridos de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados foram analisados na base eletrônica STATA 14.0. **RESULTADOS:** Apesar de terem sido pesquisados 100 pacientes, nem todos responderam a todas as perguntas. Destacou-se, dos dados obtidos na pesquisa, as seguintes informações: a idade média dos pacientes pesquisados é de 35,7 anos ($DP \pm 11,7$); 67% são do sexo masculino; 60% se disseram pardas; 50 (50%) dos entrevistados são católicos; são nascidas na capital, 74,7% dos entrevistados; a imensa maioria dos pacientes, 84 (84%), é solteira e a média do número de filhos é de 0,5 filho por pessoa, com uma variação de zero a sete ($DP \pm 1,1$). Trinta e três deles têm o ensino fundamental incompleto, 39 % afirmam ter alguma profissão e 57 pessoas declararam renda de um salário mínimo. Noventa e cinco por cento já se consultou com dentista pelo menos uma vez na vida; 58 pessoas já procuraram o serviço de atenção primária perto de casa, para tratamento odontológico, mas só 50% destes (29 indivíduos) já conseguiu atendimento. A



maior parte dos pacientes (88,7%) gostaria de realizar seu tratamento perto de casa. Boa parte dos pesquisados, 47,4% (n=97) disseram nunca ter tido qualquer informação, acerca do serviço de saúde bucal, dada pelo Agente Comunitário de Saúde; 34 (35%) pessoas afirmaram não conhecer este profissional de saúde. Os pacientes/cuidadores, 82,2% (79 de 96 que responderam à pergunta) não percebem o diagnóstico de esquizofrenia como um impedimento para serem atendidos na atenção primária. Os pacientes e seus cuidadores atribuíram uma pontuação baixa – 5,0 – quando questionados sobre a resolutividade e a atenção dada, por equipes saúde bucal na atenção básica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo apresenta a realidade da atenção em saúde bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia, sob a ótica dos que foram pesquisados. Reflete a qualidade do serviço de saúde bucal ofertado, para estes indivíduos, na Estratégia Saúde da Família de um município de grande porte (quinta capital do Brasil), e suas evidências poderão ser utilizadas na orientação de novas investigações com o intuito de melhorar a qualidade dessa atenção em circunstâncias semelhantes, sabendo-se do desafio que é ofertar bons serviços de saúde, respeitando-se o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde. Sabe-se, também, que o conhecimento destes fatos é de extrema importância para auxiliar no adequado planejamento e condução de tratamentos direcionados aos pacientes com esquizofrenia, que vale lembrar, afeta cerca de 1% de toda a população mundial. É necessário, portanto, que haja uma reavaliação das práticas de saúde vigentes, no que tange ao atendimento de indivíduos com transtornos mentais, em especial ao paciente com esquizofrenia. Uma reorientação se faz necessária, no sentido de oferecer uma atenção integral, com base no “olhar ampliado” dos determinantes sociais de saúde e pautada em ações de promoção de saúde geral. Os dados apontam, pois, para necessidade de melhorias no acesso e resolutividade da atenção em saúde bucal de pacientes com esquizofrenia. Para tanto, as Equipes de Saúde Bucal precisam ser melhor capacitadas, com a garantia de insumos e equipamentos indispensáveis ao atendimento desta e de outras populações de risco.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Esquizofrenia; Atenção Primária



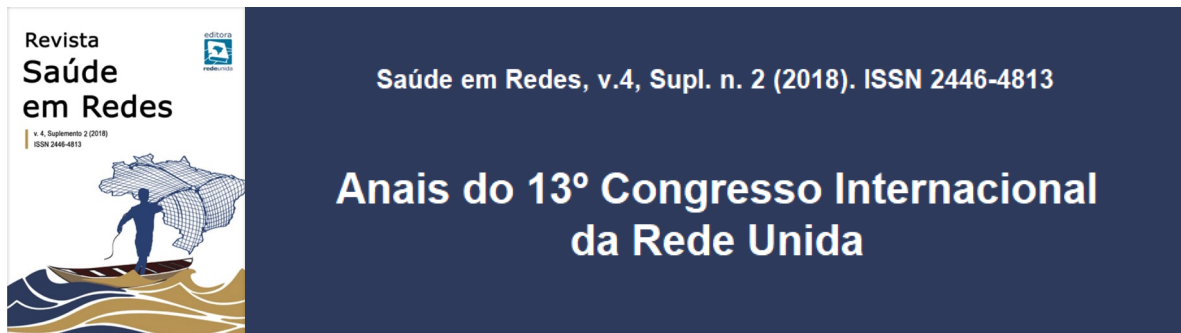
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE PARA A ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Mariana Arantes Nasser, Patricia Ferreira de Andrade, Adalto Alfredo Pontes Filho, Gabriela Souza Murizine, Julia de Campos Cardoso Rocha, Beatriz Pereira, Gleidiane Hedvigés dos Santos, Lucilene Barros da Silva

Este trabalho integra o projeto para a construção da “Linha de Cuidado para Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”, e tem como foco principal a Promoção da Saúde e dos Direitos, Educação em Saúde e para Cidadania, Intersetorialidade e Direitos Humanos e a Participação Social, sendo desenvolvido em parceria entre o Centro de Saúde Escola Professor Samuel B. Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP); o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP); e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Conta com apoio financeiro do Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde (PPSUS – MS / Decit/SCTIE / CNPq, SES-SP / FAPESP – Processo 2016/15205-5) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS - Projeto SCON2016-02872). Para tanto, adotando princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e do Estatuto da Juventude, foi desenvolvido espaço dentro do CSE/FMUSP – serviço escola em atenção primária à saúde, localizado no território do Butantã, na cidade de São Paulo -, tomado como ferramenta da realização dos grupos e estratégia permanente do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA). Enquanto espaço de participação na construção de uma proposta de política pública, foram realizados encontros intitulados ‘Ocupe o Centro de Saúde Escola (Ocupe o CSE), com adolescentes e jovens do território, a partir de convites em escolas, unidades públicas e conveniadas da assistência social – atenção básica e especial – e equipamentos de esporte, lazer e cultura da região do Butantã e proximidades. Nesses encontros, discutiram-se concepções de saúde e temas escolhidos pelos participantes, entre eles: gravidez, culturas africanas, sexualidade e acesso ao Sistema Único de Saúde. A ação territorial ‘Ocupe o CSE’ consolida um espaço em que adolescentes e jovens têm potencializada a formação cidadã, considerada fundamental para a promoção da saúde. Isto



posto, demandas específicas e abrangentes, finalidades de cuidado com a saúde e parcerias com serviços do território pautaram o cuidado à saúde na adolescência e juventude.

Palavras-chave: Adolescência/Juventude; Promoção a Saúde; Educação em Saúde; Intersetorialidade; Participação Social.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE PESQUISA

Lizandra Alvares Felix Barros, Débora Cardoso Bonfim Carbone, Débora Cardoso Bonfim Carbone, Maria De Lourdes Oshiro, Maria De Lourdes Oshiro, Tamara Nicoletti Da Mata, Tamara Nicoletti Da Mata, Adrielly Campos Da Silva, Adrielly Campos Da Silva, Carlos Lucas Alves De Souza, Carlos Lucas Alves De Souza, Lara Geovanna Ferreira Calvis, Lara Geovanna Ferreira Calvis, Jessica Barbosa Ferreira, Jessica Barbosa Ferreira

Apresentação: Este relato de caso trata das experiências obtidas na execução de um projeto de pesquisa que objetivou analisar o contexto que permeia a vida do indivíduo que necessita de cuidados domiciliares por meio de uma atuação com perspectiva interdisciplinar.

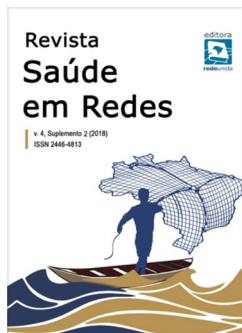
Desenvolvimento do trabalho: O presente estudo foi desenvolvido no período compreendido entre os meses de agosto de 2016 a julho de 2017 com os pacientes domiciliados cadastrados em Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) e Unidade Básica da Família (UBS) localizadas na região próxima a uma universidade privada, localizada no município de Campo Grande – MS. No primeiro semestre de desenvolvimento do projeto foram realizadas reuniões para orientação e planejamento na juntamente com a equipe de pesquisadores docentes composta por 2 enfermeiros, 1 farmacêutico e 1 bióloga. Os acadêmicos selecionados foram orientados por cada docente pesquisador a elaborar uma revisão bibliográfica com o objetivo de apropriar-se do tema a ser conduzidos em cada um dos planos de trabalho. O projeto foi encaminhado para autorização da Secretaria Municipal de Saúde Pública e posteriormente, Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, com aprovação em dezembro de 2016. A segunda fase do projeto foi iniciada com o planejamento das atividades junto a UESF, juntamente com a equipe multiprofissional. Foi solicitado o levantamento dos dados referentes pacientes acamadas, portadores de lesão e crianças menores de 5 anos para planejamento das visitas domiciliares. O início das visitas domiciliares aconteceu em abril de 2016, onde foram selecionados os pacientes que participariam do estudo. 3 Planos de trabalho foram desenvolvidos a partir de visitas domiciliares aos pacientes com patologias crônicas ou com grau variado de dependência. Foram fornecidos pela ESF do Seminário o endereço de 20 pacientes que atendiam a esse perfil. Entretanto, apenas 8 aceitaram participar do estudo. Os demais foram caracterizados como ausentes (4), não encontrado o endereço (3), mudança de residência (2) óbito (2) e melhora do quadro clínico (1). Dessa forma, viu-se a



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

necessidade de aumentar a área de abrangência do estudo, contemplando também a UBS mais próxima, onde foram indicados mais 15 pacientes, com a seleção de 10 pacientes para condução do estudo, considerando os critérios de inclusão. Outros 3 Planos de trabalho foram desenvolvidos a partir do cadastro geral de crianças menores de 5 anos e demais moradores da região atendida pela UESF, contemplando a partir de visitas, 50 residências, com entrevista direta a 58 famílias, compostas no total por 150 pessoas. Resultados e/ou impactos: Durante o ciclo de pesquisa, a equipe de pesquisadores teve dificuldades quanto ao acesso às residências, pois muitos moradores se recusaram a receber os alunos; e também, quanto a organização dos endereços fornecidos pelas Unidades de Saúde, considerando que muitos não foram encontrados. Outro fator relevante foi que, dos 35 endereços fornecidos, 4 já tinham tido troca de endereço, 3 se encontravam internados e 3 tinham ido a óbito, demonstrando a importância de manutenção dos cadastros atualizados pela equipe de saúde. A análise geral dos resultados apontou a importância da atenção domiciliar sob uma perspectiva multiprofissional. No total, foram analisados 68 domicílios no projeto de pesquisa, sendo 18 com pacientes em grau variado de dependência e patologia principal, e 50 sob o contexto do uso de medicamentos e condições sociodemográficas, e acompanhamento de crianças menores de 5 anos, totalizando dados de 150 indivíduos. Entre os pacientes domiciliados, 3 pacientes foram selecionados para o acompanhamento das lesões de pele, considerando que somadas as lesões de cada paciente, seriam acompanhadas 8 lesões. Entretanto, um dos pacientes, portador de 3 lesões, após triagem e diagnóstico microbiológico, não foi mais encontrado na residência em 3 visitas pela equipe, (sendo a primeira agendada), o que foi caracterizado como desistência, uma vez que o mesmo já havia assinado o TCLE e tinha acesso ao telefone da equipe. No acompanhamento dos demais, houve significativa evolução, considerando a evolução da retração cicatricial (35% da área inicial) em um dos pacientes e total cura do outro (100%) em aproximadamente 27 dias de abordagem terapêutica. Outros dados se tornaram relevantes, considerando ainda, que a partir da abordagem terapêutica, houve controle dos seguintes fatores: dor, infecção, risco de contaminação, autoestima rebaixada, capacidade funcional diminuída. Esses dados demonstraram o impacto positivo da visita domiciliar em pacientes portadores de lesão de pele quando conduzidas sob uma perspectiva científica, holística e humanizada. O risco ambiental e prevalência de diagnósticos de enfermagem foi investigado em 13 domicílios onde haviam pacientes domiciliados. Entretanto, destaca-se o empenho familiar em conduzir



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

a maioria dos casos como fator positivo, apesar das condições sociais e econômicas não serem favoráveis. Outro fator de impacto é a falta de acompanhamento rotineiro das equipes de saúde das Unidades de Saúde responsáveis pela área em 3 residências, onde os determinantes sociais e de saúde alterados poderiam ser contemplados em ações previstas na Política Nacional de Saúde Básica. Entre os demais domicílios estudados, destacou-se a falta de informação sobre o uso racional de medicamentos, as condições socioeconômicas e o comportamento de risco como fatores a serem considerados para o planejamento das ações locais de promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, destaca-se o papel positivo da escolaridade na adoção de hábitos saudáveis (alimentação) e também a taxa de adesão ao tratamento prescrito para duas enfermidades crônicas de grande importância no contexto da vigilância em saúde: hipertensão e diabetes (95% e 98% respectivamente). Considerações finais: Dessa forma, os dados obtidos a partir do desenvolvimento do projeto permitiram reconhecer vários aspectos do contexto familiar e a importância da atenção domiciliar para o acompanhamento e planejamento das ações de saúde de um determinado território sob uma abordagem multiprofissional, uma vez que os determinantes de saúde não contemplam somente as especificidades profissionais. Para melhores resultados, é explícito que as profissões façam recortes de expertise para construção de um projeto de atenção à saúde pautados nos domínios biopsicossociais do indivíduo, família e comunidade, garantindo assim, aplicabilidade das ações e qualidade nos resultados. Os resultados obtidos pela pesquisa repercutiram da maneira positiva para produção de conhecimento científico por oferecer subsídios para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde na comunidade em torno da UCDB. A atenção domiciliar quando executada da maneira preconizada pelo Ministério da Saúde, pode lançar dados significativos para os profissionais de saúde da atenção básica planejarem suas ações, assim como a comunidade acadêmica da universidade. Uma vez fortalecida a atenção à saúde dentro do ambiente domiciliar, diminuiu-se a internação e a necessidade de atenção especializada de média e alta complexidade em saúde, uma vez que muitos dos problemas que conduzem à procura desses serviços, podem ser acompanhados pela Atenção Básica, e havendo resolutividade, diminuiu-se os custos da saúde, além dos impactos na vida do sujeito que vivencia o problema, com repercussão direta no seu conforto e qualidade de vida. Palavras-chave: Atenção domiciliar; Interdisciplinariedade; Saúde Pública

Revista
**Saúde
em Redes**



v. 4, Suplemento 2 (2018)
ISSN 2446-4813



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AValiação DO CONHECIMENTO DE MULHERES ACERCA DO EXAME PREVENTIVO DO CâNCER DE COLO DE ÚTERO: REVISÃO DE LITERATURA

Franson Gean Souza Soares, Jéssica Silva de Oliveira, Cassia Rozária da Silva Souza

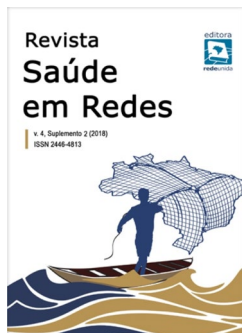
Introdução: O câncer (CA) do colo do útero consiste em um importante problema de saúde pública, considerando que no Brasil é a terceira neoplasia maligna mais prevalente e a quarta causa de morte de mulheres. Entre os fatores de risco, o precursor para o desenvolvimento do câncer de colo de útero é a infecção causada pelo Papilomavírus Humano (HPV), contudo, a infecção pelo HPV isolada não é capaz de causar o câncer, assim, este depende também de fatores como a imunidade, comportamento sexual e genética. A detecção precoce de células cancerígenas é muito importante e se dá através da realização do exame preventivo do câncer de colo de útero, também conhecido como exame de Papanicolaou. O principal mecanismo adotado que possibilitou maior cobertura e disponibilidade da oferta do exame preventivo, foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo o Ministério da Saúde (MS), a população alvo para a realização do exame são mulheres com idade entre 25 a 64 anos e aquelas que iniciaram atividade sexual precocemente. A realização do exame de Papanicolau baseia-se em um procedimento simples com baixo custo operacional e consiste na coleta de amostras de células epiteliais do colo do útero, sendo uma amostra da endocérvice e da ectocérvice para a realização de análises citopatológicas. Ainda que, desde a implementação da ESF, a cobertura deste exame tenha aumentado no Brasil, a frequência da realização do Papanicolau ainda não é feita de forma satisfatória. A não adesão pode estar relacionada à deficiência do conhecimento das mulheres em relação ao exame e a dificuldade do acesso aos serviços de saúde agregados a questões culturais, valores e crenças. Objetivo: Identificar na literatura nacional, qual o conhecimento que a mulher tem acerca do exame preventivo do câncer de colo de útero. Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura. A questão norteadora foi: qual o conhecimento que a mulher tem acerca do exame preventivo do câncer de colo de útero? A coleta de dados foi realizada entre agosto a outubro de 2017, conduzida no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF – Enfermagem). Foram utilizados três descritores: Teste de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Papanicolaou, Neoplasias do Colo do Útero e Conhecimento, utilizando como operador booleano “and” e “or” para combinação dos mesmos. Foram selecionados artigos disponíveis no idioma português, na íntegra e publicados no recorte temporal de 2012 a 2017, excluiu-se artigos duplicados, anais em congresso, editoriais, carta ao editor e artigos que não abordaram diretamente a questão desta investigação. A coleta de dados foi realizada em três etapas: a primeira foi o uso do descritor “Teste de Papanicolaou” isoladamente, onde foram encontrados 5.961 artigos, após aplicação do filtro de texto completo, restaram 2.010 artigos, aplicando-se o recorte temporal, restaram 1.200 documentos, após aplicação do idioma Português, restaram 75 artigos, o que compôs a amostra preliminar. A segunda etapa foi a combinação dos descritores “Teste de Papanicolaou” and “Neoplasias do Colo do Útero”, foram encontrados 3.918 estudos, aplicando o filtro de texto completo, restaram 1.358 artigos, após aplicação do recorte temporal, sobraram 813 artigos, aplicando-se o idioma Português, restaram 43 artigos. A terceira etapa foi a combinação entre os descritores “Neoplasias do Colo do Útero” or “Teste de Papanicolaou” and “Conhecimento”, a busca resultou em apenas um artigo que foi imediatamente excluído por não tratar especificamente do conhecimento das mulheres, além de ter sido publicado há mais de 5 anos e estar em idioma inglês. Assim, a amostra primária ficou composta por 118 artigos. Realizou-se uma análise como base no título e nos resumos dos estudos resultando na amostra final de 7 publicações. Resultados: A presente revisão integrativa contemplou 7 artigos, sendo que 3 (42,8%) destes artigos foram procedentes da base de dados LILACS e 4 (57,2%) da BDENF – Enfermagem. No que se refere ao período e ano de publicação dos artigos analisados, observou-se que o artigo 1, foi publicado na Revista Brasileira de Promoção da Saúde no ano de 2015. O artigo 2, foi publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva no ano de 2013, o artigo 3, foi publicado na Revista REAS [Internet], também no ano de 2013, o artigo 4, foi publicado na Revista Ciência Cuidado e Saúde, em 2012, os artigos 5 e 7, foram publicados na Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (online), em 2016 e 2017, respectivamente, e, por fim, o artigo 6, foi publicado na Revista Baiana de Enfermagem, em 2016. As áreas demográficas que mais publicaram foram às regiões do Nordeste 57,1% (4), Sul 14,3% (1), Centro Sul 28,6% (2). Em relação aos principais achados de cada artigo, o primeiro artigo identificou que do total de 110 mulheres entrevistadas, 65 desconheciam o significado do CA de colo, 69 sabiam como prevenir o câncer, 104 já haviam feito o Papanicolau; Como método de prevenção do câncer: 28 (43,5%) Papanicolau, 36 (52,9%) uso de preservativos, 03 (3,6%)



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

outros. O segundo artigo identificou 8 ideias principais: prevenção de doenças, sentimento de constrangimento e vergonha, sentimento de satisfação sensação de dor, realização por conta própria e realização por influência de outra pessoa. O terceiro artigo verificou que as mulheres estudadas possuíam deficiência no conhecimento em relação ao objetivo e ao início do exame de Papanicolau. O quarto artigo mostrou que de 335 mulheres que participaram do exame, 307 relataram nunca ter ouvido falar do preventivo, além de saberem do que se trata. 334 delas relataram fazer o exame uma vez a cada ano. O quinto artigo relatou que as participantes da pesquisa demonstraram possuir algum conhecimento em relação ao Papanicolau, porém, este era superficial, 93,3% apresentaram conhecimento satisfatório acerca dos cuidados pré-exame, 86,67% relataram já ter recebido informação prévia do Papanicolau e todas entendem a necessidade da realização do exame. O sexto artigo elencou os resultados em duas categorias: percepção da realização do procedimento como desconfortável e percepção da realização do procedimento como prevenção e cuidado de saúde. E por fim, o sétimo artigo identificou mulheres com baixo nível de escolaridade também possuíam baixo nível de conhecimento em relação ao CA de colo de útero e também sua prevenção através do Papanicolau e seu tratamento. Considerações Finais: A cobertura total do exame preventivo ainda é um desafio a ser vencido. As mulheres que possuem um menor nível de conhecimento são as que possuem baixo nível de escolaridade, geralmente as que fizeram apenas parte do ensino fundamental, as mulheres que possuem idade mais avançada, além daquelas com baixo nível socioeconômico e que relatam ser donas do lar. Os profissionais de saúde são de extrema importância na transmissão de conhecimento para essas mulheres, ainda é necessário que estes profissionais invistam em atividades através de rodas de conversa e ações educativas coletivas e individuais, no momento da consulta ou mesmo através de campanhas e palestras. Portanto, através da identificação da falha no conhecimento das mulheres, sugere-se que sejam realizados mais estudos com abordagem dessa problemática com o intuito de subsidiar as instituições de saúde a formularem estratégias voltadas para a promoção da saúde prevenção de doenças com enfoque na saúde da mulher.

Palavras-chave: Teste de Papanicolaou; Neoplasias do Colo do Útero; Conhecimento



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

MÉTODO CANGURU COMO INICIATIVA DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CUIDADO MATERNO INFANTIL

Andressa Freire Salviano, Daniela Vasconcelos de Azevedo, Paulo César de Almeida

APRESENTAÇÃO

O Método Canguru (MC), inicialmente idealizado na Colômbia e trazido para o Brasil na década de 90, é indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido (RN) prematuro e de baixo peso como alternativa ao cuidado convencional, promovendo benefícios à criança, à família e aos serviços de saúde.

O MC é realizado em três etapas. A primeira tem início durante o pré-natal da gestação de alto risco e segue com a internação do RN na Unidade de Terapia Neonatal (UTIN). A segunda etapa consiste na internação do RN junto à mãe na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Por fim, a terceira etapa se dá pelo acompanhamento criterioso do bebê em nível ambulatorial após alta hospitalar.

Desde sua implantação no Brasil e em outros países, este método tem demonstrado benefícios em vários aspectos, como: aumento do vínculo afetivo entre mãe e filho, maiores taxas de ganho de peso e de aleitamento materno, melhor regulação da temperatura corporal do RN, maior alívio do estresse e da dor no neonato, segurança da mãe e da família nos cuidados com o bebê, principalmente em casa, melhor desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, menor tempo de internação, com conseqüente redução do risco de infecções e redução dos custos hospitalares.

Nesse contexto, este trabalho pretende relatar a experiência do acompanhamento de RN e suas respectivas mães assistidas pelo MC em um hospital de referência obstétrica e neonatal do Ceará.

DESENVOLVIMENTO

O estudo foi realizado no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), instituição terciária de alta complexidade, no período de janeiro a julho de 2017. O hospital é referência no Ceará para atendimento materno-infantil, dentre outras especialidades e foi um dos primeiros centros de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

referência que participou ativamente no processo de implantação e implementação do MC no Brasil.

Este trabalho faz parte de um projeto maior que resultou na dissertação de mestrado da pesquisadora principal. Durante a coleta de dados foi possível observar as potencialidades e fragilidades da execução do MC na instituição através do diálogo com os profissionais de saúde e com as mães e familiares dos RN.

RESULTADOS

O HGCC possui uma UTIN com 20 leitos, duas Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) com 15 leitos cada e uma UCINCa contendo 10 leitos. O MC é efetuado em suas três etapas no hospital, como recomendado pelo MS. A primeira fase é realizada na UTIN, onde os pais têm livre acesso, são esclarecidos sobre o método e incentivados a permanecerem com seus filhos. A segunda fase é realizada na UCINCa onde o RN é internado junto a mãe para receberem os cuidados e orientações da equipe multiprofissional e praticarem o contato pele a pele por maior tempo possível e desejado pela mãe. A terceira fase acontece no ambulatório da UCINCa, onde após a alta hospitalar da segunda fase o RN é acompanhado até ganho de peso satisfatório e garantia de segurança da mãe e da família em relação aos cuidados com o bebê. Após alta da terceira fase e encerramento do MC, o RN é encaminhado para o ambulatório de Follow up que o próprio HGCC oferece ou para a Atenção Básica, ficando a escolha a critério da mãe.

A partir do diálogo com os profissionais, mães e familiares dos RN, percebeu-se que há um acolhimento diferenciado e humanizado para esse público neonatal. De uma forma geral, as mães reconhecem a importância do MC para recuperação dos seus filhos, apontando como aspectos positivos poder estar mais perto do filho e a participação integral nos cuidados diários do neonato, o que as torna mais seguras após a alta hospitalar.

Outro aspecto positivo apontado pelos profissionais de saúde do MC é a promoção do aleitamento materno, importante estratégia de promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional. O aleitamento materno é uma prática que deve ser incentivada constantemente pelos profissionais de saúde. Além de capacitados, eles devem estar sensibilizados para apoiar e orientar as nutrizes, principalmente quando em contextos de saúde mais complexos, como na assistência à RN prematuros e de baixo peso.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Durante a primeira fase do MC, enquanto os RN estão na UTIN, eles acabam alimentando-se por via enteral em grande parte dos casos. Quando eles chegam na UCINCa, segunda fase do MC, a maior aproximação e vínculo entre mãe e filho favorece o processo de amamentação e a recuperação do RN favorece a transição para alimentação oral ao seio. A terceira etapa do MC, a qual se dá ao nível ambulatorial, continua sendo um nó crítico para a assistência a esse público. Embora as taxas de aleitamento materno exclusivo permaneçam maiores comparados aos bebês que não são assistidos pelo MC, percebe-se que esse primeiro distanciamento do serviço repercute na continuidade da amamentação. A rede de apoio dos profissionais, serviços de saúde e familiares à díade mãe-filho tem um importante papel na manutenção do aleitamento materno em casa.

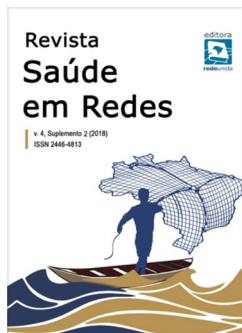
Corroborando esse decréscimo nas taxas de AME tem a inserção de práticas inadequadas para o RN como uso de chupetas e mamadeiras, introdução de fórmulas infantis e alimentos. No entanto, a maior fragilidade encontrada no serviço é a continuidade após o encerramento do MC. Embora a instituição conte com o suporte de um ambulatório de Follow up, a adesão para continuação do acompanhamento ainda é pequena. Além disso, percebeu-se que o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida não é fortalecido neste ambulatório, o que repercute na queda da taxa de amamentação ao longo dos meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou uma maior reflexão sobre este método de assistência perinatal, sendo possível identificar os vários benefícios do MC para a saúde do RN. Além disso, a partir das fragilidades observadas no manejo e principalmente na assistência à longo prazo desse público, foi possível voltar a atenção dos profissionais para a necessidade de criação de novas estratégias de apoio às mães e RN, potencializando assim os cuidados do MC no serviço.

O MC, dentre as várias estratégias voltadas para o cuidado materno infantil, constitui-se como uma metodologia viável, econômica e humanizada de promoção e assistência à saúde para RN prematuros e de baixo peso.

Palavras-chave: Método Canguru; recém-nascido; cuidado em saúde



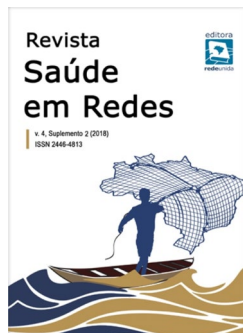
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DIFICULDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO INSULÍNICO NO DIABETES TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Eberson Luan dos Santos Cardoso, Bruna Luana Oliveira Tavares, Edenilza Fabiana de Almeida Santos, Ana Rosa Botelho Pontes

Introdução: O termo “adesão ao tratamento” refere-se à resposta comportamental dos usuários frente às recomendações e orientações fornecidas por um profissional de saúde, tais como a autoadministração de medicações, seguimento de um planejamento nutricional ou adoção de mudanças no estilo de vida. No acompanhamento terapêutico de usuários diabéticos insulínico dependentes, em especial os do tipo 2, a baixa adesão ao tratamento com a utilização de insulina subcutânea representa um desafio frequentemente enfrentado pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde em âmbito nacional, apesar de os insumos utilizados para o tratamento e monitoramento glicêmico diário serem distribuídos gratuitamente. Como consequência, a não adesão ao regime terapêutico contribui para o mau controle metabólico, resultando em complicações agudas e de longo prazo. De forma adicional, a adesão ao tratamento perpassa por variados fatores (características do tratamento, comportamentos do paciente e fatores sociais) que podem influir diretamente na resposta do usuário frente à terapêutica, cabendo aos profissionais uma análise o contexto no qual os comportamentos de autocuidado ocorrem ou deixam de ocorrer. É imperativo, portanto, a busca de estratégias de intervenção que visem minimizar a realidade citada, em especial atividades de cunho educacional em saúde, voltadas para o enfrentamento das diversas dificuldades relatadas pelos usuários na condução da terapêutica insulínica em domicílio. Com vistas no estabelecimento de tais medidas interventivas, o projeto de extensão intitulado “Promoção de saberes sobre a insulino terapia subcutânea aos pacientes diabéticos da UBS do Guamá”, do Programa Navega Saberes/Infocentros da Universidade Federal do Pará, apresenta como um dos objetivos principais o desenvolvimento de atividades de educação em saúde junto aos pacientes diabéticos em tratamento insulínico assistidos na referida unidade de saúde, promovendo a saúde dos mesmos por agir diretamente nas lacunas que perpassam o tratamento e difundir conhecimentos relacionados aos procedimentos básicos para a autoadministração de insulina em domicílio e importância do seguimento terapêutico. As atividades do projeto são



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

planejadas considerando a realidade dos usuários percebida através de uma escuta sensível, atentando às suas angústias, dúvidas e questionamentos para a formulação de intervenções. Objetivo: Descrever as principais dificuldades de adesão à terapêutica insulínica percebidas por acadêmicos de Enfermagem junto aos usuários diabéticos insulino dependentes. Descrição da experiência: A experiência em questão é parte do projeto de extensão citado anteriormente, tendo esta acontecido entre os meses de agosto a dezembro de 2017, no decorrer das atividades extensionistas de educação em saúde propostas pelo projeto, sendo o desenvolvimento destas realizado na UBS do Guamá, localizada no município de Belém, Pará. A vivência proporcionou-nos o contato com as mais variadas realidades inerentes ao cotidiano dos usuários atendidos pelo programa HIPERDIA, em especial os diabéticos que procediam o tratamento através de insulino terapia em domicílio, público-alvo das atividades em evidência, que se apresentavam em maioria do tipo 2. A abordagem de escolha junto aos usuários participantes foi a partir do uso de tecnologias leve-duras, em forma de rodas de diálogo, com enfoque na promoção do autocuidado e protagonismo dos usuários no que diz respeito à sua própria saúde, oportunizando um espaço de compartilhamento de dúvidas e questionamentos sobre a autoadministração de insulina subcutânea, a troca de experiências sobre esta modalidade de tratamento e, principalmente, a exposição dos principais obstáculos encontrados para a continuidade do tratamento insulínico. As rodas de diálogo possuíam um caráter quinzenal, onde priorizava-se a utilização de uma linguagem de fácil compreensão, clara e objetiva, com a utilização de palavras que faziam parte do cotidiano dos usuários, para as quais realizávamos convites, via ligação telefônica, aos usuários insulino dependentes cadastrados e assistidos pela equipe de saúde da referida unidade para que estes pudessem comparecer às atividades oferecidas. Ao realizarmos os convites, optamos pela estratégia de inserção e reafirmação da família no processo terapêutico para um alcance de melhores resultados, haja vista que a maioria dos indivíduos eram idosos, o que muitas das vezes torna mais difícil o seguimento adequado do plano terapêutico, em especial no que diz respeito à preparação, autoaplicação da insulina e monitorização da glicemia. O apoio familiar, nessa perspectiva, é de suma importância no estímulo e supervisão da adesão ao tratamento, visto que a família é quem passa mais tempo com o usuário. Logo, os convites eram estendidos também aos familiares. A questão preponderante para a escolha do método de abordagem foi a possibilidade de fuga do padrão tradicional com o qual a educação em saúde é trabalhada na atenção primária. Neste sentido, para garantir o alcance de tais premissas,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

assumimos, enquanto discentes-extensionistas, o papel de direcionadores dos diálogos e realizamos esclarecimentos e orientações, conforme demonstravam-se necessários. Os principais direcionamentos voltaram-se para o entendimento facilitado sobre a doença, considerações a respeito da auto administração da insulina e monitorização dos níveis glicêmicos. No decorrer dos diálogos, estimulamos os usuários para que relatassem ao grupo quais as principais dificuldades que enfrentam/enfrentaram no decorrer do tratamento com insulina. Percebemos que esta é uma temática de grande relevância a ser considerada junto aos usuários, despertando grande interesse e participação ativa dos mesmos, haja vista que poucos são os espaços ofertados para que os mesmos possam expressar-se quanto à terapêutica empregada. Os participantes expuseram então os principais obstáculos enfrentados, dentre os quais pudemos perceber: a complexidade envolvida na técnica de auto administração da insulina; falta de habilidades para realizar a autoaplicação; falta de motivação para o tratamento; falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento; medo; tristeza; falta de apoio familiar; e pobreza/escassez de orientações de um profissional da saúde sobre como proceder a técnica e o tratamento em si. A partir das exposições dos usuários, procuramos fazer orientações e esclarecimentos em grupo, considerando que algumas dificuldades eram comuns a todos, e aos que necessitassem de cuidados individuais, agendávamos uma consulta avulsa de enfermagem ou os encaminhávamos para atendimento pela equipe multiprofissional. Resultados: A vivência proporcionou-nos, enquanto acadêmicos, maiores conhecimentos sobre realidade dos usuários insulino-dependentes, em especial no que se refere às dificuldades frente à terapêutica. A possibilidade de intervir na realidade com o uso da educação em saúde representou um grande aprendizado não contemplado pelo currículo da graduação. A experiência foi também eficaz ao reafirmar a importância da assistência de enfermagem, com ênfase no autocuidado, como uma alternativa encontrada para viabilizar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e reduzir os elevados encargos à família, à sociedade e ao sistema público de saúde. Quanto aos usuários, percebemos uma disposição melhorada para adesão ao tratamento no decorrer dos encontros, maior entendimento sobre a terapêutica e a doença, bem como aptidão para autoadministração. Considerações finais: Destacamos que a educação terapêutica se mostra essencial para informar, motivar e fortalecer a pessoa e a família para conviver com o diabetes mellitus, cabendo aos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, o investimento na educação com usuários, familiares e

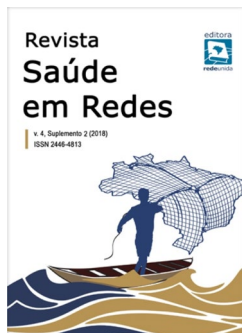


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

cuidadores para a promoção da saúde, readequando suas práticas de cuidado, a fim de que se possam transformar hábitos de vida em busca de um controle glicêmico e redução da incidência de possíveis complicações decorrentes da patologia.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Assistência de Enfermagem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PALHAÇO HOSPITALAR E A FINITUDE DA VIDA: REFLEXÕES DURANTE AÇÃO DE EXTENSÃO

Karoline Costa de Souza, Aderlaine da Silva Sabino, Arinete Vêras Fontes Esteves, Isabelle Vasconcelos de Sousa, Nayara Costa de Souza

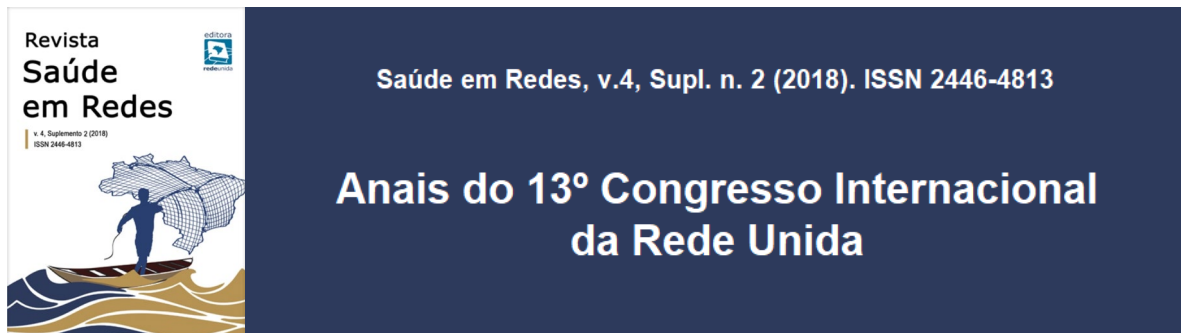
APRESENTAÇÃO: A inserção precoce do discente de graduação em projetos de extensão universitária relacionadas à humanização oportuniza ao mesmo interação entre a academia e a sociedade, como também conhecer um dos seus futuros campo de atuação profissional. As ações referentes à extensão permitem vivências e a construção de conhecimento ainda não vivenciado pelo acadêmico antes de estágios obrigatórios presentes na matriz curricular. O projeto O Brincar no Hospital é um verdadeiro “divisor de águas” na vida do voluntário, independente de sua área de atuação, pois quando vivenciado em sua plenitude, esse trabalho de aspecto lúdico no ambiente hospitalar possibilita o desenvolvimento do acadêmico durante seu processo de formação. A vida universitária para os jovens que ingressam no Curso de Enfermagem representa uma fase de transição, o qual traz potenciais repercussões sobre o conhecimento do processo saúde doença dos indivíduos em relação ao enfrentamento da dor ao lidar com pacientes portadores de leucemia, inevitavelmente, buscando dessa forma oferecer apoio emocional ao paciente e seus familiares. Além disso, diversas vezes o próprio profissional de saúde necessita desse amparo por parte do discente voluntário, por lidar diretamente com a responsabilidade da vida humana em seu cotidiano. No ambiente hospitalar tudo é diferente, no que refere especialmente aos pacientes oncológicos com leucemia, uma vez que o câncer leva à incerteza sobre o amanhã de maneira muito intensa, sendo necessária a adaptação aos novos momentos de sua vida durante um tratamento específico. O objetivo do presente relato consiste em discorrer sobre experiência em um projeto de extensão universitária “O Brincar no Hospital”, realizado pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em um hospital de referência no município de Manaus, Amazonas. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre a percepção do discente de graduação sobre a finitude da vida de pacientes leucêmicos. As práticas lúdicas relacionadas ao brincar estão relacionadas ao alívio da dor durante o tratamento de patologias através da busca pelo resgate da autoestima e bem estar de pacientes e seus acompanhantes. O projeto tem importância fundamental no



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

momento de resgatar as esperanças do ser humano, independente da localidade ou época de sua execução, a missão do palhaço hospitalar sempre será fundamental no processo de enfrentamento dos desafios diante de procedimentos invasivos e dolorosos relacionados ao câncer. Para a execução das atividades lúdicas ocorre uma preparação dos voluntários, realizada pelos membros mais antigos e ativos no projeto através de uma oficina de treinamento. Os aspectos abordados nas oficinas de treinamento consistem em: responsabilidade, respeito à dor do paciente, aspectos lúdicos e até mesmo o enfrentamento da morte. Como forma de entretenimento do público alvo, encontram-se brinquedos (exclusivamente para o público infantil), peças teatrais baseadas no improviso e interação com acompanhantes, música e dança. Antes do início de cada visita um aluno fica responsável por adentrar em todas as enfermarias identificando se os pacientes aceitam a visita do projeto, além disso, consultam a equipe de saúde do dia sobre pacientes que não podem receber visitas por conta de agravo do seu quadro de saúde. Para a execução das atividades, os voluntários se dividiam em grupos para enfermaria masculina e feminina de adulto e enfermaria infantil. As estratégias mudam de acordo com idade do paciente, estado de saúde e se está sendo ou não realizado algum procedimento na enfermaria; respeitando as normas hospitalares e a dor do outro. Constantemente são realizadas capacitações para que os voluntários possam discutir aspectos nos quais precisam melhorar. É comum a todos os palhaços a caracterização completa prezando a segurança para todos. Quanto à frequência da realização das visitas, os discentes voluntários frequentam o hospital semanalmente, o que torna inevitável o envolvimento com os pacientes tratados. Nesse momento vale salientar que o palhaço hospitalar precisa estar pronto para a perda do paciente caso ocorra um tratamento sem sucesso. **RESULTADOS E IMPACTOS:** O projeto contribui diretamente no amadurecimento pessoal dos voluntários envolvidos, por dar a oportunidade de lidar com desafios tão precocemente. O estudante que participa do brincar logo após seu ingresso na Universidade, possui mais maturidade para enfrentar a finitude da vida em seus campos de prática e vida profissional no ambiente hospitalar. A possibilidade de desenvolver laços afetivos com pacientes e acompanhantes é fundamental para a recuperação da autoestima dos mesmos, pois diversas vezes sofrem com o abandono das pessoas que não compreendem a importância do apoio frente a nova situação de vida, o que adiante desse momento os pacientes oncológicos que apesar da situação, ainda necessitam do relacionamento interpessoal com o outro. A empatia e o cuidado na forma de carinho e



atenção são fundamentais não somente em casos descobertos recentemente quanto em pacientes terminais. Até a morte precisa ser tratada com dignidade e o palhaço hospitalar pode ser um sujeito que proporciona distração levando alegria e causa felicidade. No caso das crianças atendidas é bem perceptível que há mudança em seu aspecto, as lágrimas são substituídas por momentos de risos e alegria. Com os adultos a abordagem é mais delicada, pois possuem plena consciência do que está acontecendo em sua vida e esses pacientes têm mais medos, ao mesmo tempo mais vontade de viver para ajudar sua família. Ambos precisam de carinho e compreensão por parte dos voluntários do projeto. Até mesmo se ocorrer o óbito do paciente, o palhaço tem a missão de transmitir respeito e carinho à família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O projeto é fundamental na vida acadêmica do voluntário por mostrar a realidade da vida em seu pior aspecto: o sofrimento. O palhaço hospitalar está na enfermaria pra evidenciar que independente do quadro de saúde, o paciente deve ser tratado como alguém que merece fazer planos para o futuro e sentir-se bem na medida do possível durante seu tratamento. Afinal, o brincar é uma forma de cuidado. Essa extensão da universidade preza a gratidão, fazendo com que o aluno se dedique com mais paixão a sua futura profissão. Os palhaços levam motivação a cada criança, jovem, idoso e adulto internado. Por conseguinte, é fundamental reconhecer o papel do voluntário no processo de tratamento.

Palavras-chave: humanização; brincar; finitude.



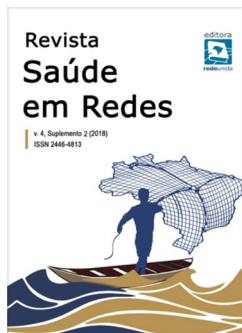
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA

Ruth Carolina Leão Costa, Brenda Lima Filocreão, Camilla Cristina Lisboa do Nascimento, Marcos José Risuenho Brito Silva, Regiane Camarão Farias, Larissa Lima Figueira Freire, Mônica de Cássia Pinheiro Costa

Apresentação: A política de saúde mental do País tem como marco a Lei nº 10.216/2001, que impulsionou a construção de um modelo humanizado de atenção integral, redirecionando o foco da atuação profissional, com o cuidado hospitalar passando a ser considerado apenas quando as medidas terapêuticas extra-hospitalares forem insuficientes, tornando, assim, o modelo de assistência ao paciente com transtorno mental adotado pelo Brasil inovador, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, pois se baseia no cuidado à comunidade, defesa aos direitos do paciente com transtorno mental, respeito à sua dignidade e liberdade individual. A supracitada lei explicita as modalidades de internação hospitalar, sendo elas: voluntária quando é solicitada ou permitida pelo paciente, involuntária quando solicitada por outrem e sem a concordância do usuário e compulsória quando é determinada pelo juiz e por acontecer por vias da justiça não pode ser legalmente questionada. No entanto no âmbito da saúde a internação compulsória é fonte de inúmeros debates, uma vez que esta é apresentada como contraditória a luta antimanicomial, pois a internação passa a ser uma forma de aprisionamento, constituindo-se em uma prática higienista e salientando a ideia de periculosidade do portador de transtornos mentais que por sua vez trás implicações negativas para a relação paciente/profissional pois a ideia da criminalização da doença gerou uma cultura de estigmas no imaginário social que ainda é uma barreira a ser ultrapassada pela luta antimanicomial, especialmente em profissionais que tem maior contato com os pacientes, destacando-se a enfermagem. Diante do exposto, este trabalho tem como objetivos relatar a experiência da acadêmica em uma roda de conversa com profissionais de Enfermagem sobre internação compulsória, verificar a percepção dos profissionais sobre a internação compulsória e identificar se há a diferença da assistência ao paciente inserido no âmbito hospitalar diante dessa modalidade. Desenvolvimento do trabalho: Através da observação da realidade durante a prática do componente curricular de Saúde Mental II em uma clínica psiquiátrica do município de Belém- PA identificou-se um paciente internado



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

compulsoriamente, partindo do pressuposto de que uma competência e habilidade a ser desenvolvida pelo acadêmico de enfermagem é o senso-crítico, a discente elencou como questionamento: qual seria a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a internação compulsória e se havia diferença na assistência ao paciente internado a partir dessa modalidade. Com o intuito de solucionar as questões levantadas, foi realizada uma roda de conversa com os profissionais de enfermagem que trabalham na instituição hospitalar. O espaço ocorreu no mês de dezembro do ano de 2017, no período da manhã contando com a presença de seis enfermeiros, sendo um professor de uma instituição de ensino superior e quatro acadêmicas de enfermagem; com intuito de facilitar o diálogo, foi produzido um folder contendo os assuntos a serem abordados na roda de conversa, sendo que esta foi seccionada em momentos baseados na ordem do folder: no primeiro momento abordou-se a Lei 10.216/2001, o segundo momento foi voltado para a explanação sobre a internação compulsória e o terceiro momento sobre o cuidado de enfermagem ideal ao usuário em internação compulsória. Resultados e/ou Impactos: Durante a explanação sobre a lei da reforma os profissionais mostraram domínio sobre o que estava disposto no regulamento, como a proteção dos direitos do portador de transtorno mental e o redirecionamento do modelo assistencial do País, sabiam quais as modalidades de internação e o fluxo da rede de atenção à saúde mental. Quando abordado sobre a internação compulsória os enfermeiros sabiam que essa modalidade era prevista em casos de drogadição associada a transtorno mental, quando comprovadamente houve crime durante crise ou quando a internação era solicitada por outrem diretamente ao juiz, que ao analisar os motivos da solicitação dava parecer favorável, no entanto os profissionais relataram que esse ideal não acontecia na prática e se referiram a situações em que o usuário internado de forma compulsória não possuía indicações para ser tratado em uma clínica psiquiátrica; casos em que essa modalidade era usada como forma de internação de dependentes químicos perigosos que não eram doentes mentais, sendo assim, uma punição a sua condição de saúde; também foi abordado o cenário de falta de autonomia da equipe para a liberação do paciente e seu retorno à rede de atenção à saúde mental. Diante do terceiro momento, em que se explanou sobre o cuidado de enfermagem ideal frente ao paciente com esse perfil ouviu-se relatos de insegurança e fragilidade diante do sistema de saúde que não verifica as reais necessidades do usuário e submete a equipe a riscos, porém os enfermeiros evidenciaram que mesmo diante do quadro apresentado tentam uma relação humanizada, ética e baseada no respeito



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

mútuo para com esse paciente. Uma profissional utilizou o momento para desabafar sobre a falta de recursos materiais e humanos na instituição que também dificulta a qualidade da assistência prestada aos usuários presentes no local. Finalizada a roda de conversa identificou-se que o uso dessa tecnologia leve é importante para o diálogo, que por considerar todos os participantes como seres detentores do saber, facilita a troca de conhecimento horizontal. Considerações Finais: Com os resultados advindos deste relato, considera-se que com a conjuntura atual, na qual a Lei 10.216/2001 sofre impugnação, é fundamental defendê-la enquanto regulamentadora do direito do portador de transtorno mental e de um modelo assistencial inovador. Salientamos que a internação compulsória precisa ser revista, sua prática ainda está pautada nos estigmas que cerceiam o portador de transtorno mental, com a internação sendo utilizada como punição e na qual a equipe de saúde não possui autonomia para real avaliação das necessidades do usuário. Através dos relatos apresentados acredita-se que o objetivo foi alcançado e que esta compreensão dos profissionais de enfermagem sobre a internação compulsória é fundamental para se (re) construir as práticas assistenciais ao paciente inserido no âmbito hospitalar compulsoriamente, qualificando o fazer profissional pautado nos ideais da reforma psiquiátrica. Além disso, a troca desse conhecimento entre profissionais e as acadêmicas permite que haja um (re) conhecimento sobre o tema e aprofundamento dos debates, sendo que os dilemas apresentados não ficam estagnados no serviço, uma vez que são apresentados à comunidade acadêmica.

Palavras-chave: Internação Compulsória de Doente Mental; Saúde Mental; Enfermagem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CUIDANDO DO CUIDADOR DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Ana Lúcia De Grandi, Kátia Santos Oliveira, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Josiane Vivian Camargo de Lima, Maria Lucia da Silva Lopes, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Felix, Regina Melchior

Apresentação: O cuidado da saúde no domicílio é uma prática milenar, porém com o advento da medicina científica, no século XIX, as pessoas passaram a ser pacientes e serem levadas para um local chamado hospital, onde deveriam ser cuidadas. Com o surgimento do hospital, o domicílio deixa de ser o lugar de manifestação do sofrimento e a família perde a autoridade sobre a maneira de cuidar. Com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônico-degenerativas, aumenta-se o número de hospitalizações. O serviço de atenção domiciliar (SAD) surge como alternativa à internação hospitalar e como um novo espaço de cuidado, além de ser uma possibilidade de trazer o cuidado novamente ao domicílio. No entanto, para que esta mudança aconteça, faz-se necessário que o usuário da atenção domiciliar tenha um cuidador disponível, conforme descrito nas portarias que regimentam o SAD. Tais normativas estabelecem ainda, que o cuidador seja uma pessoa, que pode ou não ter vínculo familiar com o usuário, mas que o auxilie em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Assim, é considerada pessoa chave para o SAD. Reconhecendo o papel do cuidador como primordial na ação do SAD, buscamos vivenciar o cuidado produzido pela equipe ao cuidador.

Desenvolvimento: Esta pesquisa faz parte do Observatório de Práticas de Cuidado em Redes Atenção Domiciliar e Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial de abordagem do campo é a pesquisa cartográfica. Cartográfica no sentido apresentado pelos autores proponentes que se distancia da compreensão da geografia que busca retratar as paisagens na natureza com o maior detalhamento possível, aqui a proposta metodológica utilizada trata-se de outra cartografia, uma cartografia que busca desenhar cenas sociais buscando perceber e descrever linhas e intensidades relacionais, processos de subjetivação, disputas como se fosse um mapa geográfico. Nesse caminhar, a cartografia pode disparar um processo de desterritorialização, no qual ocorra a ampliação subjetiva, assim compreende-se que no campo científico essa abordagem para instaurar um novo jeito de produzir conhecimento, jeito criativo, artístico e que explicita a implicação do

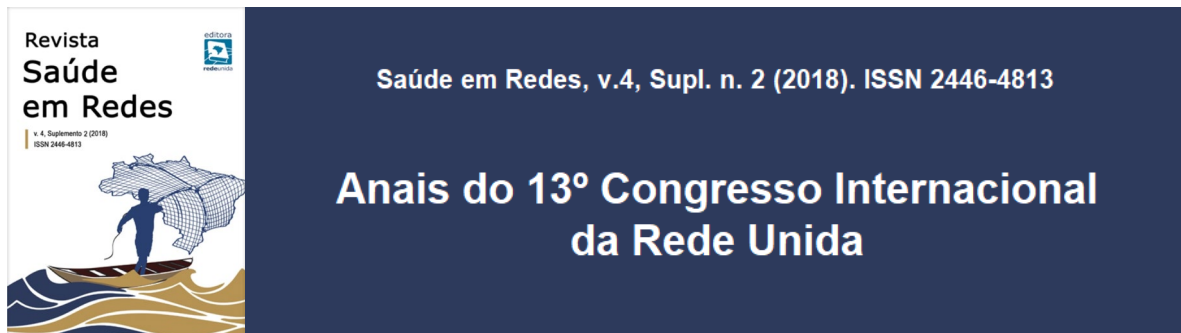


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

pesquisador/autor/cartógrafo. Para o trabalho de campo, utilizou-se um período de aproximadamente quatro meses de vivências com as equipes SAD de um município do sul do Brasil, seguido da escolha, em conjunto com as equipes, de um cuidador. Essa cuidadora, mulher, passou a ser chamada de cuidador-guia, que é como um fio condutor pelo complexo labirinto do cuidado em saúde, ou seja, um dispositivo que permite olhar como o cuidado é realizado, a partir do olhar da cuidadora do usuário do serviço. No trabalho de campo, foram desenvolvidas narrativas dos profissionais do SAD, da atenção básica e do cuidador-guia, bem como o acompanhamento do seu cotidiano.

Resultados: A cuidadora guia escolhida é ex-mulher do usuário do SAD, que deixa seu emprego e volta para casa para ajudar os filhos, que já não moram na mesma residência que o pai, a cuidarem do mesmo que sofreu um acidente e fica dependente. O primeiro tema que apareceu com destaque nas narrativas foi o fato da equipe de atenção domiciliar olhar com atenção para a cuidadora. Os profissionais do SAD estavam planejando a alta do usuário no momento em que o namorado da cuidadora faleceu acidentalmente. Considerando esse acontecimento, a fragilidade emocional da cuidadora e o fato do namorado auxiliá-la nos cuidados com o ex-marido, a equipe de atenção domiciliar suspendeu a alta como apoio à cuidadora. Três meses depois, com a alta, outro tema emerge nas narrativas da cuidadora, agora quanto ao cuidado fornecido pela atenção básica, que no momento não atende suas necessidades. A coordenação da unidade e o ACS da equipe, em seus relatos, citam ações que realizaram para atender a cuidadora, mas reconhecem que as necessidades da mesma são maiores do que conseguem suprir. Outro tema narrado foi a solidão em ser cuidadora única. Em vários momentos, a cuidadora relata a falta de ter uma pessoa para dividir os cuidados com o usuário e poder olhar para si, para o seu cuidado. Diante da privação de contato social, uma de suas estratégias é ligar para um número de telefone qualquer e tentar conversar com a pessoa que atender. Alguns entendem o sofrimento e promovem conforto ao ouvi-la, outros possuem dificuldades em compreender e desligam. Com a melhora do quadro clínico do usuário, outra estratégia utilizada pela cuidadora são saídas curtas e rápidas para conversar com familiares que residem próximo a ela, deixando o usuário amarrado na poltrona, pois seus familiares não a visitam. Isso é visto pela cuidadora como um cuidado com a segurança do usuário, pois assim o mesmo não corre risco de cair e se machucar durante sua ausência. Essa mesma estratégia tem sido utilizada para a realização de um trabalho informal próximo a sua casa. A dificuldade financeira aparece desde o início



das narrativas, pois os filhos não auxiliam nem no cuidado da mãe e do pai, nem com as despesas financeiras. Assim, a cuidadora consegue um emprego na vizinhança para complementar a renda e, para a realização do mesmo, ela amarra o usuário. A ausência de ajuda dos filhos leva a cuidadora a construir redes a partir de outros lugares, como por exemplo, com a igreja, que durante alguns meses a ajudou com o pagamento do aluguel e comprando remédios que não são fornecidos pela atenção básica. Alguns medicamentos ainda são fornecidos pela igreja. Uma das irmãs da cuidadora consegue dar suporte em algumas de suas saídas, mas como possui o esposo e um filho dependente, também não consegue ajudar todas às vezes. Devido às dificuldades constantes, a cuidadora decide acionar judicialmente os filhos. A decisão foi pensada e adiada por várias vezes, mas as necessidades vividas diariamente prevaleceram, pois como mãe, a cuidadora tentou poupar os filhos tanto do cuidado como da ajuda financeira, mas a sobrecarga de estar sozinha no cuidado sobressai decidindo por acionar judicialmente os filhos. Sua face se entristece ao relatar que deixa o usuário amarrado para se deslocar ao Ministério Público e solicitar a abertura de processo contra os filhos.

Considerações finais: Percebemos até o momento, um forte vínculo da equipe do SAD com seus usuários e, mesmo não sendo uma obrigatoriedade legal da atuação do SAD, esses trabalhadores também cuidam dos cuidadores dos seus usuários. Outro ponto destacado é o esforço da AB para suprir as necessidades de cuidado tanto da cuidadora quanto do usuário, porém isoladamente. A própria cuidadora consegue construir redes de cuidado tanto para si, quanto para o usuário de acordo com suas possibilidades. Como mãe, tentou realizar todo o trabalho sozinha, mas a ausência contínua dos filhos faz com que tome providências. Destacamos a necessidade de um trabalho articulado em rede, pois as necessidades do usuário/cuidador vão para além do estritamente clínico.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Assistência Domiciliar; Cuidador.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA

Ana Emanuela de Carvalho Chagas, Kátia Fernanda Alves Moreira, Landerson Laife Gutierrez Batista

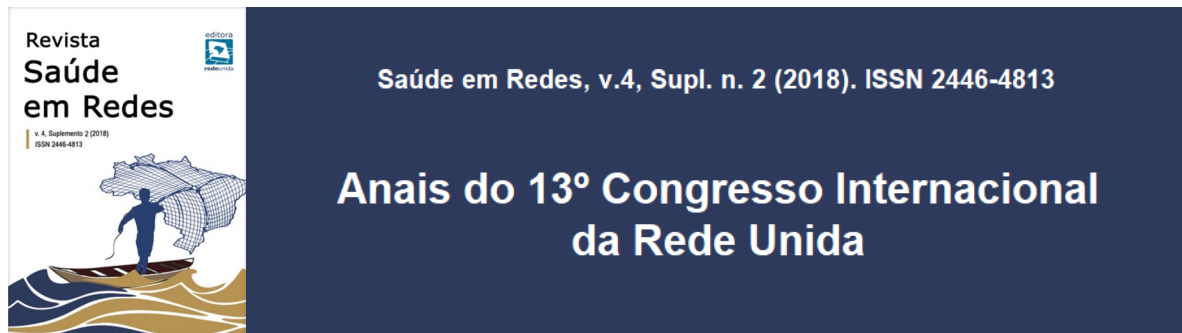
A Atenção Primária em Saúde ganhou visibilidade mundial pela primeira vez durante a 8ª Conferência de Saúde realizada em Alma Ata, no ano de 1978. O lema da Conferência era “saúde para todos no ano 2000” e propunha uma reformulação do modelo médico-assistencial vigente naquele período, o qual era pautado em práticas centradas na doença e se mostrava ineficaz para sanar as necessidades de saúde da população na época, além disto tinha por objetivo garantir maior participação do Estado, sobretudo no tocante ao financiamento das ações em saúde a serem ofertadas. Os preceitos instituídos pela Declaração de Alma Ata influenciaram significativamente o movimento de Reforma Sanitária brasileiro, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde cuja lógica de trabalho proposta era a de clínica ampliada, considerando os aspectos biológico, psíquico e social que influenciam o processo de saúde-doença dos sujeitos que teriam garantidos acesso universal às ações ofertadas nos serviços de saúde. Assim, a Estratégia de Saúde da Família foi instituída como alternativa para a organização e ordenamento desses serviços a fim de se consolidar a Atenção Primária em Saúde no país. Este nível de atenção em saúde, orienta-se por eixos estruturantes denominados atributos que se subdividem em essenciais, sendo eles: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural. A incorporação de tais atributos na prática dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família eleva a qualidade dos serviços favorecendo a consolidação do Sistema Único de Saúde, uma vez que permitem ações mais resolutivas pois, estão ajustadas ao contexto de reais necessidades e potencialidades da comunidade e indivíduos aos quais se assiste, isto conseqüentemente melhora os indicadores de saúde de uma população. Frente a isto, este estudo teve como objetivo avaliar a incorporação dos atributos acesso de primeiro contato, longitudinalidade e orientação familiar na prática de profissionais de nível superior que atuam nas equipes de Saúde da Família da zona Leste de Porto Velho, Rondônia. Trata-se de um estudo avaliativo, transversal de abordagem quantitativa desenvolvido mediante dados coletados em sete



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

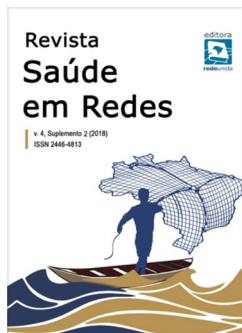
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Unidades de Saúde da Família da zona leste mais uma da zona norte do município de Porto Velho. Participaram deste estudo 23 enfermeiros, 22 médicos e 14 odontólogos que atuam na assistência direta aos usuários na Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados se deu através de questionário estruturado que aborda o perfil acadêmico e profissional dos participantes e o Primary Care Assessment-Tool (PCATool-Brasil) versão para profissionais. O tratamento dos dados se deu com utilização do Software Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS) e para identificar associação entre profissão, área de pós-graduação, participação em atividades de qualificação profissional e os indicadores de qualidade do serviço (escores obtidos) foi adotado o teste qui-quadrado, teste exato de Fisher ou teste de Pearson considerando um nível de significância de 5%, rejeitando as hipóteses nulas de ausências de associação quando o p-valor encontrado foi menor que 0,05. Os resultados demonstraram que 91,5% dos profissionais participantes são pós-graduados, sendo 62,7% na área de Atenção Primária em Saúde. Pouco mais da metade (54,2%) dos profissionais informaram não ter participado de eventos de qualificação profissional mas, dos que a efetuaram, 70,4% consideraram que estes eventos contribuíram para o aperfeiçoamento de sua conduta profissional. A predominância de especialização na área de Atenção Primária em Saúde entre os profissionais participantes, pode estar associada ao fato de que no município cenário desta pesquisa, a ESF sofreu um processo de expansão maior nos últimos 10 anos, e dentre outros investimentos, foram realizados seis concursos públicos, nesse intervalo de tempo, para provisão de recursos humanos que visava atender à necessidade das novas USF e isto pode ter sido um estímulo para os profissionais em buscar aperfeiçoamento na área que foram contratados para atuar ou que já estavam atuando mas, agora ganhando maior visibilidade. No tocante a avaliação dos atributos da Atenção Primária em Saúde, foi evidenciado alto escore para os atributos “longitudinalidade” (6,6) e “orientação familiar” (7,9) mas, um escore insatisfatório (3,3) do atributo “acesso de primeiro contato”. Partindo da premissa de que a longitudinalidade expressa a existência de fonte regular de cuidado às necessidades de saúde que surgem no decorrer do ciclo de vida dos usuários do serviço, é provável que a incorporação satisfatória deste atributo no serviço de APS avaliado seja em decorrência do tempo de atuação dos profissionais nas equipes de Saúde da Família e Unidades de Saúde da Família avaliadas. A grande parcela dos profissionais participantes deste estudo, apresenta um tempo de atuação na mesma equipe igual ou superior a dois anos, o que pode contribuir com o acompanhamento baseado em vínculo e consequente



noção das reais necessidades evidenciadas em um diagnóstico situacional da população a qual se conhece, ao longo do tempo. Além disto, há que se considerar que o instrumento PCATool versão para profissionais, mensura a incorporação do atributo acesso de primeiro contato sob uma abordagem que se limita aos aspectos organizacionais do serviço, que não são obrigatoriamente inerentes à atuação dos profissionais de saúde, enquanto que abrange aspectos da longitudinalidade e orientação familiar que estão intimamente relacionados ao processo de trabalho, mais especificamente às relações interpessoais estabelecidas entre usuário e profissional durante a assistência prestada seja no espaço da USF, domicílio ou outro espaço na comunidade. Portanto, fatores como a oferta de ações e serviços no horário das 7h00 às 19h00, apenas em dias úteis da semana, bem como falta de mecanismos que agilizem o agendamento de consultas acabam limitando o acesso da população trabalhadora, que não encontra acolhimento para suas demandas de saúde, o que pode ter contribuído para resultado insatisfatório quanto ao atributo “acesso de primeiro contato”. Em contrapartida, a incorporação satisfatória dos demais atributos nos permite supor que, embora em meio aos fatores que dificultam o acesso dos usuários ao serviço de saúde, a maioria dos profissionais, quando qualificados, conseguem ofertar de forma satisfatória e com regularidade o cuidado àqueles usuários que conseguem acessar o serviço. Além disto, foi evidenciado associação significativa ($p= 0,016$; $p< 0,05$) entre a variável “especialização na área de Atenção Primária em Saúde” e alto score do atributo “longitudinalidade”. Conclui-se que há de se priorizar investimentos na estrutura e no processo de assistência relativos ao atributo pior avaliado (acesso de primeiro contato) bem como, fomentar ações de educação continuada e/ou permanente com vistas a incentivar maior nível de qualificação profissional para fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no âmbito municipal. Ademais, observou-se a necessidade de realização de outras pesquisas cujo objetivo seja avaliar os serviços de Atenção Primária em Saúde sob a percepção de usuários e assim obter uma análise mais abrangente e talvez consistente da qualidade da atenção que está sendo ofertada no âmbito da ESF, no município.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; avaliação em saúde; acesso e qualidade em saúde



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TERRITORIALIZAÇÃO COMO IMPORTANTE FERRAMENTA DO TRABALHO EM SAÚDE

Andressa Freire Salviano, Maria Juliana Vieira Lima, Maria Juliana Vieira Lima, Joyce Hilário Maranhão, Joyce Hilário Maranhão, Noeme Moreira de Andrade, Noeme Moreira de Andrade

APRESENTAÇÃO

Os conceitos de território e territorialização são bastante complexos, abrangendo múltiplas dimensões e aspectos. O território é um espaço vivo em permanente construção e reconstrução, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais. Dessa forma, a concepção de território não se refere apenas a um espaço físico, mas diz respeito a relações econômicas, políticas, culturais e sociais.

Nesse contexto, a territorialização em saúde toma como base para a constituição da atenção à saúde as demandas da população, bem como suas características e o modo como organiza suas vidas e relações. É uma metodologia capaz de modificar o modelo das práticas assistenciais e de gestão, fazendo-se, portanto, importante para os processos formativos em saúde.

Da produção científica sobre territorialização em saúde, pouco se contempla esse processo no contexto hospitalar, direcionando a produção aos campos da atenção básica e às políticas de saúde comunitária. Compreende-se, porém, que o hospital pode ser considerado também um território no qual se faz importante conhecê-lo e fazer parte dele, na tentativa de ordená-lo de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, a fim de adequar as ações ao público alvo; não imergindo no serviço como um agente externo, mas atuando como sujeito do próprio território.

O programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP-CE) propõe a territorialização como meio de inserção nos territórios, permitindo que os profissionais residentes possam compreender a dinâmica do cenário de prática, voltando-se para os múltiplos fluxos que os constituem e os diversos atores que dão vida e mobilidade às práticas de saúde. Mais do que uma simples visita ou imersão imediata, a proposta da territorialização aponta para uma inserção gradual no cenário de prática. Dessa forma, este



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

estudo teve como objetivo relatar a experiência e os resultados do processo de territorialização de residentes interprofissionais de um hospital pediátrico de referência do Ceará.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

A territorialização foi realizada entre 09 a 30 de junho de 2014, período destinado pelo programa de residência para esta atividade, no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Um cronograma foi organizado pela coordenadora e residentes para que se realizasse o percurso por todos os setores do hospital: unidade de urgência e emergência, ambulatório, unidades de internamento (cirurgia, neonatologia, neurologia, clínica médica, especialidades, unidades de terapia intensivas), centro pediátrico do câncer, coordenações das categorias profissionais e outros (raio X, banco de sangue, banco de leite, SAME, ouvidoria, transplante de órgãos, biblioteca, serviços gerais).

As 18 residentes se distribuíram em 6 trios e, em sistema de rodízio, conheceram todos os setores citados acima em período integral. Através de observação e visitas aos setores/serviços e diálogo com os profissionais, usuários e familiares foi possível colher informações sobre relações de poder, determinantes sociais e assistência nos cenários de práticas e a partir disso, identificar fortalezas, fragilidades, oportunidades e ameaças na instituição.

RESULTADOS

O HIAS é um hospital infantil terciário de referência no Ceará que acolhe a demanda sanitária relacionada a doenças graves, raras e de alta complexidade de todos os municípios do estado e de estados vizinhos da região Nordeste e, em casos excepcionais, da região Norte do país. Em 2014, o HIAS aderiu ao programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará-RIS- ESP-CE, iniciando a primeira turma da ênfase em Pediatria, contemplando 18 residentes de 8 categorias profissionais da saúde, a saber: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. Atualmente, o hospital possui 360 leitos, dos quais 53 são de internação domiciliar, uma



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

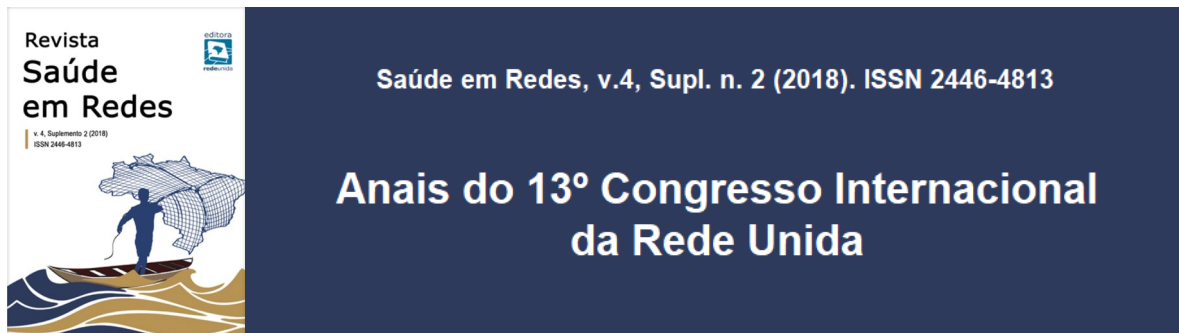
iniciativa pioneira de acompanhamento das crianças e do adolescente em sua residência, dando todo o suporte técnico e assistencial. Ainda, realiza anualmente cerca de 300 mil atendimentos a pacientes de 0 a 18 anos em 28 especialidades médicas e 38 serviços de apoio assistencial, dos quais se destacam as especialidades de cirurgia cardíaca, neurológica, ortopédica, deformidades (lábio leporino e fissura palatal) e oncologia.

Por ter um perfil generalista, o HIAS se subdivide em espaços geográficos bem distintos, onde cada setor demonstra a especificidade do seu espaço físico e da organização da rotina e dos procedimentos a serem executados por cada profissional, assim como das relações interpessoais construídas no cotidiano do serviço. Essa variedade de espaços contribui para que o HIAS participe da Rede de Atenção à Saúde em várias frentes, a saber: Urgência e Emergência, Materno-Infantil e Doenças Crônicas, além de ter parcerias com os demais hospitais de nível secundário e terciário.

A partir das observações e diálogos com os profissionais, pacientes e familiares, percebeu-se que há um acolhimento diferenciado e humanizado dos usuários, atitude justificada pelos profissionais por se tratar de um hospital infantil. Também há uma resolutividade das demandas e uma boa imagem do hospital pelos pais, que às vezes peregrinam por diversos serviços da rede de assistência à saúde. Além disso, o HIAS tem parcerias com ONGs e casas de apoio para pacientes e familiares dos interiores. No entanto, há um nó crítico no serviço de urgência e emergência, que acolhe uma demanda que não faz parte do perfil de atendimento, devido às fragilidades da rede, e que acaba superlotando o setor.

Percebeu-se também que há uma carência de determinadas profissões no hospital, a exemplo da psicologia e fonoaudiologia, além de uma redução de profissionais no quadro geral, consequência da deficiência no plano de cargos e carreiras no serviço público, por conseguinte, não há uma renovação e/ou aumento do número de profissionais, mas sim um aumento de profissionais organizados em cooperativas.

Dentre as fragilidades observadas, a que chamou atenção foi a falta de equipes multiprofissionais na maioria dos setores e, quando elas estão presentes, há uma dificuldade



de atuação interdisciplinar, reforçado pelo modelo biomédico ainda fortemente presente na instituição.

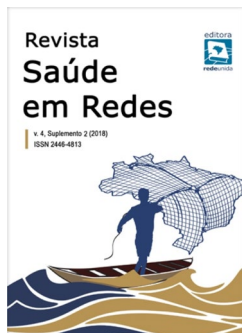
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da territorialização foi possível identificar fortalezas, fragilidades e ameaças, assim como prioridades nos cenários de práticas. Isso possibilitou uma reflexão sobre os processos vivenciados e sobre os espaços nos quais a residência poderia atuar de forma eficaz, resultando na implementação de atividades, como: grupos de cuidado ao cuidador, educação em saúde para acompanhantes e pacientes (salas de espera, grupos temáticos, atendimentos compartilhados), orientações de alta hospitalar, além de grupos de estudos para a formação das residentes e dos profissionais interessados.

Esse modo de imersão no território não passou despercebido por alguns profissionais que não estavam envolvidos com a residência, pois eles relataram a dificuldade de iniciar um trabalho sem conhecer as especificidades do setor. Um aspecto facilitador dessa imersão foi a participação efetiva da coordenadora e das preceptoras e de outras pessoas de referência do HIAS no processo de territorialização, pois as mesmas acompanharam e apresentaram as residentes nos serviços visitados como forma de promover um elo entre os profissionais e as residentes.

A territorialização, enquanto processo de aproximação e observação do campo de trabalho, possibilitou adentrar no hospital de um modo diferenciado dos demais profissionais, residentes de medicina e estudantes universitários, visto que, nos possibilitou exercer um olhar crítico sobre os fatores concernentes a rotina, procedimentos e relações interprofissionais e interpessoais dos diversos setores do hospital como daqueles relacionados aos determinantes sociais e epidemiológicos.

Palavras-chave: Territorialização; hospital; comunicação interdisciplinar



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A PRODUÇÃO DO CUIDADO E A MICROPOLÍTICA PERCEBIDA NUMA REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS NA SAÚDE

Lucimara Victorino Cardoso Pais dos Santos, Alberto Durán González, Maria Eduarda Romanin Seti, Regina Melchior, Kátia Santos de Oliveira, Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Apresentação: Autores estudiosos sobre o tema apresentam o processo de trabalho em saúde como a prática de interação entre trabalhador e usuários das distintas redes de produção do cuidado. Interações essas que se relacionam com a utilização de tecnologias, que são empregadas no trabalho em saúde que passam a ser compreendidas como tecnologias de cuidado restritiva ou ampliadoras de acesso. Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes, construindo linhas de produção do cuidado. No aspecto de trabalho em saúde relacionado com a micropolítica do processo de trabalho, considera-se que o sujeito que trabalha é influenciado pelo seu trabalho, ainda com a perspectiva de que, lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado. Dessa forma o trabalhador de saúde necessita de criatividade e de um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho eficaz dentro da saúde. Este estudo buscou analisar como está apresentada a relação da micropolítica com a produção do cuidado nos estudos na área da saúde.

Desenvolvimento: Este estudo foi realizado a partir do método de revisão integrativa, que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. A síntese do conhecimento, produzido diante da revisão integrativa reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre o fenômeno a partir das informações disponíveis limitadas e facilita a tomada de decisões com relação às intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício. Esse método escolhido tem como principal objetivo a integração entre a pesquisa científica e a prática no âmbito da atuação profissional, que ressalta a importância da pesquisa acadêmica na prestação dos cuidados, envolvendo a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde para que possam ser úteis na assistência à saúde. Dessa forma esta revisão apresenta o estado de conhecimento sobre determinado assunto e permite identificar espaços que ainda necessitam de novos estudos. As etapas de seleção do estudo

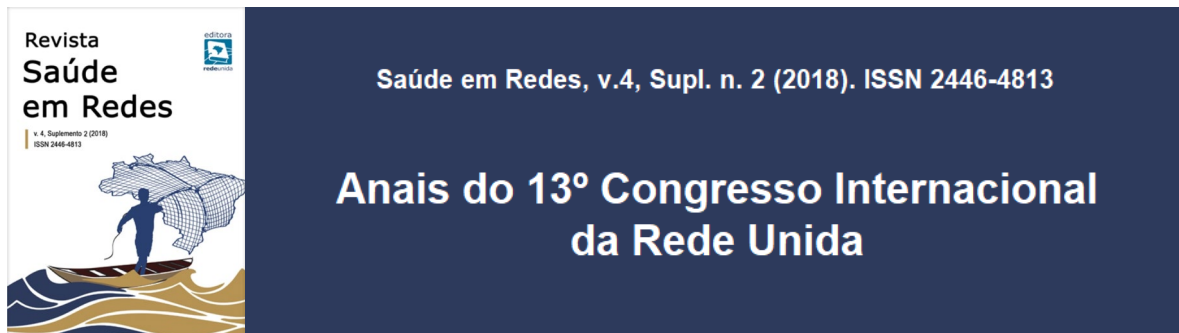


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

utilizadas para a revisão integrativa foi a de elaboração da pergunta norteadora para avaliação de hipóteses, partindo da identificação do tema, estabelecendo objetivos de pesquisa; busca ou amostra na literatura, situando critérios de inclusão e exclusão, tendo como princípio a pergunta norteadora; coleta de dados, representando as características da pesquisa primária; análise crítica dos estudos incluídos; discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Foi realizada pesquisa com base em estudos publicados pela revisão da literatura de artigos, livros nacionais, manuais do Ministério da Saúde, documentos de Órgãos Governamentais e outras fontes que possa contribuir para a construção deste /trabalho. Essa consulta foi realizada por meio de pesquisa aos bancos de dados Scielo (Scientific Eletronic Library On-line), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Medline e Lilacs, com a utilização das seguintes palavras: "Cuidado em saúde"; "Produção do cuidado"; "Micropolítica na saúde" e "Processo de trabalho em saúde".

Resultados: A partir da análise proposta, chegou-se a 575 artigos, 19 foram excluídos na leitura do títulos, pois não se tratavam do tema a ser estudado, 56 foram excluídos após a leitura do resumos e chegou-se a 51 para leitura do artigo na íntegra, ficando 15 para a revisão final. Estes textos, apresentam como eixo comum, o trabalho em saúde e os fluxos permanentes entre os sujeitos, na dimensão do cuidado a na distribuição das tecnologias, considerando-se as relações que ocorrem durante a produção dos atos de saúde. Construiu-se um caminho para a compreensão do tema, a partir do entendimento do processo de construção do SUS e posteriormente, pelo trabalho em saúde, que é caracterizado como um processo de interação direta entre os indivíduos e que traz à cena o processo de trabalho em saúde, que por vezes, são utilizadas as diferentes tecnologias para a resolução das necessidades apresentadas. O processo de trabalho em saúde opera sobre a centralidade do trabalho vivo e as tecnologias, segundo autores que estudaram o tema, operam e auxiliam no sentido de identificar as possibilidades de provocar mudanças e avanços no fazer em saúde. Na área da saúde, se estabelecem tensões, instabilidades e incertezas entre as políticas e organizações fortemente instituídas, porém, nela também atuam forças instituintes e causam novos arranjos e modo de fabricar a saúde. A micropolítica presente no agir da produção do cuidado na saúde repercute na produção cotidiana de subjetividades presentes no processo de trabalho, formando uma rede, entendida pelo conjunto das relações entre os vários atores. Cuidar torna-se iminentes e referentes às múltiplas possibilidades relativas ao encontro, onde nessa dimensão, amplia-se os elementos e pensamentos empregados na



produção do cuidado, de modo que, esta produção em saúde não deve se limitar à realização de procedimentos técnicos, haja vista que se dá, também, na relação entre o usuário e o trabalhador. O processo de trabalho em saúde apresenta-se como a prática de interação entre trabalhador e usuários das distintas redes de produção do cuidado. Essas interações estão relacionadas com a utilização de tecnologias, que são empregadas no trabalho em saúde, a partir das relações que ocorrem durante a produção dos atos de saúde. De acordo com alguns autores, a micropolítica exercida na estruturação do ato de produção da saúde relacionado com a micropolítica do processo de trabalho, ou seja, nos processos de subjetivação que se encontram em um mesmo plano: o das relações e ações do cotidiano.

Considerações finais: Os agentes institucionais, trabalhadores, estabelecimentos, práticas discursivas, arranjos organizacionais passam a ser tecnologias de cuidado restritivas ou ampliadoras do acesso. Tecnologias essas que revelam a complexidade de conexões produzidas nos encontros entre esses elementos são produzidas também no plano micropolítico. Diante dos estudos, a micropolítica pode figurar-se como restritivas ou ampliadoras do acesso, visto que, o agir em saúde é operar na micropolítica dos encontros, no universo do trabalho vivo em ato, portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro de conhecimentos e concepções distintas entre o agente produtor e o consumidor, que, com suas subjetividades, é um agente ativo do processo de saúde e é, em parte, objeto do ato produtivo.

Palavras-chave: Micropolítica, Gestão do Trabalho, Revisão Integrativa



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

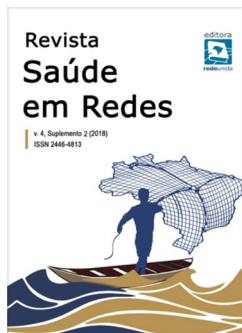
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ABSENTEÍSMO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS ENFERMARIAS DE UMA UNIDADE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS

Ana Elis Guimarães Araújo, Bruno Alves de Almeida, Julia Monica Marcelino Benevides, Érica Jacinto Dutra, Ganesh Ragbeer Júnior

APRESENTAÇÃO: O absenteísmo ou ausentismo são termos utilizados, para designar a falta do empregado ao trabalho, isto é, o período em que os empregados se encontram ausentes do trabalho, durante o horário do expediente. As organizações hospitalares envolvem o trabalho de um grande número de profissionais com o objetivo de promoção da saúde, combate às doenças e aos agravos à saúde, tratamento e reabilitação dos clientes, entretanto, há fatores que desencadeiam estresse como a falta de material adequado, a insuficiência de pessoal apto às atividades e a desvalorização financeira do profissional. Estes fatores são geradores de insatisfação e condição de agravo à saúde do trabalhador e o profissional de enfermagem apresenta grande sofrimento, gerando consequências que se manifestam por meio de sintomas digestivos, hipertensão arterial, cefaléia, insônia, depressão e ansiedade. O câncer é uma doença que por si só tem em suas representações sofrimento excessivo, resultando em sobrecarga emocional e física sobre os atores da saúde. É importante para justificar novas políticas em relação a melhoria das condições de trabalho, que se investigue em unidades de saúde que prestam serviço em oncologia, as principais causas para as ausências recorrentes, chamando atenção para a categoria de enfermagem que passa 24 horas com o paciente e tem toda uma sobreposição de sofrimento e excesso de trabalho. O objetivo do estudo foi descrever as causas do absenteísmo da equipe de enfermagem nas enfermarias de uma unidade referência em oncologia no Estado do Amazonas, visando tornar-se fonte de subsídio para os gestores no que diz respeito a elaboração de estratégias para prevenir as ausências, além de possibilitar à gerência de enfermagem um planejamento estratégico quanto ao dimensionamento das equipes.

MÉTODO DO ESTUDO: Estudo do tipo exploratório, descritivo, quantitativo. Realizado com 95 profissionais de enfermagem, em escala de serviço nas enfermarias da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, no período de agosto 2015 a julho de 2016, após convite, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de aplicação de questionário elaborado pelo próprio pesquisador,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

composto por variáveis sociodemográficas, incluindo remuneração, dados profissionais e sobre absenteísmo, com base nos objetivos do estudo, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FCECON, CAAE – 45719915.6.0000.0004. Na tabulação e análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, por meio do programa Microsoft Excel®. RESULTADOS: Os profissionais entrevistados possuíam idade entre 32 e 66 anos, 60% destes com 32 a 43 anos, que é segundo a literatura, a faixa etária que apresenta maior número de ausências ao trabalho. A maioria é natural do estado do Amazonas (74,74%), casadas, o que pode contribuir para os altos índices de absenteísmo, até por se tratar de atividade predominantemente feminina, tendo, portanto, maiores responsabilidades domésticas, que acaba por sobrecarregá-las. Quanto à escolaridade, 48 possuem ensino médio completo e 19 pós-graduação lato sensu. No que se refere a categoria profissional 79 são técnicos de enfermagem e 16 enfermeiros, sendo portanto, os técnicos de nível médio detentores do maior número absoluto de afastamento, dado ao grande número de profissionais. Quanto ao tempo de serviço na instituição a maioria tinha entre 5 a 10 anos (74,74%), com remuneração na instituição em torno de R\$ 1.200,00 a R\$ 1.800,00 para nível médio e entre R\$ 4.000,00 e R\$ 9.000,00 de enfermeiros. 46 profissionais referem ter outro(s) vínculo(s) empregatício(s), com renda mensal variando R\$ 1.200,00 a R\$ 5.500,00 para técnicos e R\$ 8.200,00 a R\$ 15.000,00 para enfermeiros, entretanto, a carga horária semanal de trabalho destes servidores é de aproximadamente 70 horas. 57 funcionários tiveram de 1 a 10 faltas no decorrer do ano anterior à pesquisa. Ausências do trabalho referentes a motivos de saúde somaram 96,10% dos pesquisados. Os problemas de saúde mais citados foram: cirúrgicos 12,35%, infecção intestinal 14,81% e depressão 7,41%. Na variável dias em média de licença médica, predominou de 1 a 10 dias correspondente a 30 profissionais. Em relação às condições de trabalho na instituição a maioria classifica como boa (42,11%), entretanto, 67,37% dos profissionais nunca considera seu trabalho valorizado pela instituição, estando insatisfeitos com sua remuneração em 68,42% dos casos, entretanto, 47,37% dos participantes, sente-se satisfeito em relação a chefia de enfermagem. Segundo os próprios profissionais de enfermagem, as principais causas das ausências na instituição são: doença (34,43%), falta de incentivo (13,93%), baixa remuneração (15,57%) e as péssimas condições de trabalho (17,21%). Um dos principais problemas relatados pelos profissionais em relação às faltas, é o fato de haver interferência na carga de trabalho, o que está ligada à qualidade da assistência prestada aos pacientes. Quando perguntados sobre possíveis medidas para



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

redução das taxas de ausentismo, a maioria respondeu que um incremento salarial (22,09%) e a valorização profissional (15,70%) são fundamentais, seguidos por melhores condições de trabalho (13,37%) e a oferta de plano de saúde (9,88%), visto que um dos maiores motivos de afastamento são as licenças médicas. Os resultados deste estudo foram apresentados ao grupo de trabalho de humanização da FCECON, que é uma equipe interdisciplinar, composto em sua maioria por gestores, que garante o bom funcionamento da Política Nacional de Humanização da instituição, que prontamente iniciou uma busca por métodos que possam melhorar (dentro do possível, até por se tratar de uma instituição pública de saúde), as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, buscando maior satisfação dos servidores e conseqüentemente a qualidade do serviço ofertada ao público atendido pela Fundação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A enfermagem é uma categoria profissional que zela pela saúde e bem estar daqueles que se encontram enfermos. Entretanto os resultados finais deste estudo evidenciaram que estes profissionais encontram-se insatisfeitos em relação ao seu trabalho, remuneração e ao local onde realizam suas atividades laborais, tendo como maiores fatores desencadeadores do alto índice de absenteísmo, os problemas de saúde, a sobrecarga de trabalho e a percepção da falta de valorização profissional. Alguns destes fatores também são apontados como primordiais para que tenham outros vínculos empregatícios, o que impacta diretamente nas causas do absenteísmo, trazendo sobrecarga de trabalho para aqueles que comparecem ao plantão, o que gera um ciclo vicioso, uma vez que, o excesso de trabalho proporcionado por estas ausências, resulta em desgaste físico, bem como sobrecarga emocional e adoecimento dos membros da equipe. Por constituir a maioria dos profissionais que prestam assistência hospitalar e permanecer mais tempo à beira do leito, é fundamental que os gestores reconheçam a importância de proporcionar formas de valorizar a categoria, percebendo seus anseios, ouvindo suas sugestões, ampliando as discussões do grupo de humanização e apoio às ações estabelecidas.

Palavras-chave: absenteísmo; enfermagem; enfermarias



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

SOBRE OS DESAFIOS DE PRODUZIR CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Paula Monteiro de Siqueira, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Mariana Leite Hernandez, Lumena Almeida Castro Furtado, Harete Vianna Moreno, Heloisa Elaine Santos

Este relato foi produzido a partir do processamento coletivo da experiência de trabalhadores pesquisadores no contexto da rua, vivenciadas em iniciativas tais como o Programa de Braços Abertos (DBA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua (CnaRua). Dentre muitos casos problematizados estão os de mulheres, a quem, por viverem uma situação de vulnerabilidade e em nome de uma suposta “proteção” à criança, têm sido negado o direito de viver sua maternidade. São mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, muitas vezes antes mesmo da primeira mamada, em maternidades de várias cidades do país.

A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas, tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e Judiciário.

O texto busca refletir sobre a relação entre o ato de cuidar e a produção de tutela e autonomia, central nesta situação em que, tanto o sequestro de bebês como a defesa do direito das mães de terem seus filhos podem ser exercidos no âmbito do cuidar em saúde. Nesse caso, a tutela outorgada ou conquistada pode estar relacionada a um agir castrador ou libertador, e o que está no cerne desse debate: qual é a centralidade do ato de cuidar. Este artigo se propõe a apresentar esta situação, refletir sobre ela, para ajudar a romper o silêncio, amplificar a denúncia e avançar na disputa por um cuidado que ajude a produzir mais vida.

São mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, muitas vezes antes mesmo da primeira mamada, nas maternidades de várias cidades do país. Um cordão umbilical arrancado com violência, interrompendo compulsoriamente esta relação. A relação mãe-filho(a) é reduzida à mãe-depositária, com quem o bebê só pode permanecer até o nascimento e, tão logo retirado de seu útero, entregue a equipamentos de “proteção”.

Difícil refletir sobre esta situação sem referir a brutal situação de violência que submete a mulher e em particular a mulher em situação de rua. Ser mulher na rua é um desafio ainda mais intenso que para o homem. Muitas nos relatam não poder ficar sem um homem, pois



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

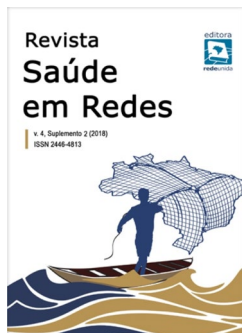
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sozinhas ficam mais vulneráveis às agressões masculinas. A escolha (ou aceitação) do parceiro pode ser uma decisão por segurança, antes de uma decisão afetiva.

Em muitas situações, a ação conjunta da saúde, da assistência social, dos Conselhos Tutelares, tem o respaldo explícito do poder Judiciário. Entretanto, ações como as registradas neste texto não se restringem às maternidades de municípios em que há estas recomendações formais do Ministério Público ou do Judiciário, são práticas recorrentes em muitos outros lugares.

Alguns buscam revestir tais ações violentas de alguma legitimidade institucional em nome da proteção da criança, alegando prerrogativas a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA, que em muitas situações foi e é fundamental para defender e garantir o direito das crianças e viabilizar seus direitos sociais, neste caso, tem sido apropriado por forças que o usam como dispositivo para negar o direito de mulheres à vida que elas poderiam produzir/construir como mães de seus novos filhos. Dessa forma, percebemos que, dependendo da força que se apropria de um problema ou de um conceito - no caso o ECA -, são diferentes os valores produzidos. Direitos de uns, supostamente contra direitos de outros, todos sem voz ativa, assujeitados.

Em diversas oportunidades, diretrizes e fluxos visando a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos foram reivindicados pelos movimentos sociais e discutidos por órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Foi reconhecida a necessidade do protagonismo dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS) no acompanhamento a este público devido à complexidade de suas necessidades. Propôs-se como fundamental nortear as ações dos gestores e profissionais de saúde uma vez que decisões imediatistas, como por exemplo, a retirada dos bebês das mães, acabam por violar os direitos das mulheres, bem como da criança, causando danos irreparáveis à ambos. Recomendou-se o acompanhamento integrado antes, durante e depois do nascimento, de modo que a avaliação das condutas fosse feita caso a caso, respeitando assim as singularidades. (BRASIL, 2016). No entanto, é claro que, em função da complexidade das situações e das intensas disputas ético-políticas em torno do tema, recomendações, por mais acertadas que sejam, não são suficientes para produzir os enfrentamentos necessários para defesa, no caso, dos direitos das mães e das crianças.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Está em questão um julgamento moral sobre quem tem e quem não tem direito de ser mãe, o que autoriza o emprego da violência contra “uma vida que não vale a pena” em nome de outra a ser protegida, sem muita reflexão sobre os efeitos dessa separação violenta tanto sobre a “vida que não vale a pena”, como sobre a vida que supostamente está sendo defendida. Por isso mesmo existe um silêncio cúmplice em torno dessa violência!

Cuidar de modo conectado com a produção da vida, nas cenas acima, coloca como necessidade fundamental a criação de uma rede de apoio para poder enfrentar estas situações violentas. Para isso é preciso problematizarmos a forma como estamos produzindo o cuidado na saúde, pois muitas vezes pautamos a gestão do cuidado no território de forma protocolar, baseada em padrões normativos de comportamentos. Sem levar em conta que para além dos padrões há uma vida que é produzida pelo usuário, que dificilmente consegue ser considerada na orientação produzida pelos trabalhadores de saúde.

Algumas falas de profissionais em serviços em que se realiza o pré natal trazem fortemente este preconceito: “a concepção este grupo está fazendo muito bem”, “não vai fazer controle, vai perder as medicações, etc.” Falas que fazem um juízo moral da situação da gravidez em si e colocam na mulher a responsabilidade por “aderir ou não “ao que é agendado, programado para seu acompanhamento, sem preocupação em compartilhar um plano de cuidado conforme suas necessidades /possibilidades.

Além de todos os direitos que foram negados a essas mulheres na construção do lugar que ocupam hoje, agora a subtração de um direito central: o de ser mãe, o de viver a maternidade. Mesmo que se diga que a condição socioeconômica não é motivo para retirada do pátrio-poder, para a mulher em situação de rua este tem sido um caminho sem volta.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Pessoas em Situação de Rua; Violência contra a Mulher; Vulnerabilidade Social;



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

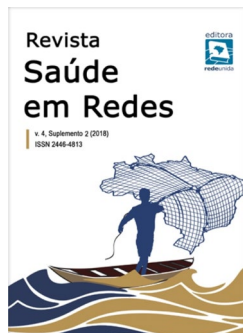
Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A PREVALÊNCIA DE HEPATITE B NA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS, ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Tainara Silva Thomaz, Ana Caroline De Macedo Pinto, Bianca Linda Pinheiro de Sousa, Emilly Ane da Mota Cardoso, Herman Ascenção Silva Nunes, Isadora Barbosa da Gama, Susani Cruz Sousa, José Almir Moraes da Rocha

Apresentação: Hepatite é qualquer processo inflamatório que tem como consequência a morte das células hepáticas. Essa inflamação se dá por vários agentes infecciosos, sendo um deles os vírus que possuem tropismo pelo fígado. O Hepatitis B Vírus (HBV), causador da Hepatite B, considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), devido as suas diversas formas de contágio e o curto período de transmissibilidade em comparação ao de incubação. O vírus da hepatite B pode ser transmitido de várias formas, como através de transplante de órgãos ou tecidos, relações sexuais desprotegidas, por seringas contaminadas, sangue e fluidos corpóreos. Quando infectado, o indivíduo pode não apresentar sintomas, sendo mais elevada a possibilidade da doença se cronificar e, posteriormente, evoluir para cirrose e/ou câncer hepático, as duas principais complicações da infecção. Segundo dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 325 milhões de pessoas em escala mundial vivem com o vírus da hepatite B. Há muitos artifícios importantes na prevenção da infecção pelo HBV, podemos citar o uso de agulhas e seringas descartáveis e preservativos. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde no período compreendido entre 1999 a 2016 foram notificados 561.058 casos de hepatites virais no Brasil, sendo 212.031 (37,8%) de hepatite B, com a região Norte (14,2%) ocupando a terceira posição entre as cinco macro regiões nacionais com maior número de casos. É importante analisar em que contexto a mesorregião do Baixo Amazonas, pertencente a região Norte do Brasil, está inserida no cenário nacional e regional, quando trata-se da disseminação do vírus HBV. Visto que a partir das informações coletadas serão cogitadas hipóteses que busquem justificar semelhanças e diferenças em relação aos dados regionais obtidos em comparação ao quadro nacional de infecção pelo vírus. O objetivo da pesquisa foi estimar a prevalência do vírus da hepatite B na região do Baixo Amazonas.

Desenvolvimento: A presente investigação possui caráter documental descritivo, retrospectivo e transversal, com a realização de estudo comparativo da infecção por hepatite



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

B nos municípios do Baixo Amazonas, em relação ao cenário nacional, uma vez que foram coletados dados do Departamento de Informática do SUS/PA (DATASUS) no período de 2014 ao primeiro semestre de 2017, sendo analisado o número de pessoas diagnosticadas com o vírus da hepatite B na população fazendo analogia as informações nacionais disponibilizadas pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017. Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo por se tratar de análise documental, não necessita de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Porém, foram respeitados todos os preceitos éticos no que se refere aos dados obtidos e na discussão do estudo. Resultados: Os municípios da mesorregião do Baixo Amazonas possuem aproximadamente 702.476 habitantes, segundo o IBGE 2016, onde foram organizados os dados de diagnóstico de pessoas com o vírus da hepatite B somando o sexo masculino e feminino, entre o ano de 2014 ao primeiro semestre de 2017, que estão disponíveis no site do DATASUS/PA. No total, foram notificados 209 casos de hepatite B nos municípios da mesorregião do Baixo Amazonas, desses, 58,85% acometeram o sexo feminino e 41,15% o sexo masculino. A análise por municípios demonstrou que dos 13 verificados, 8 apresentaram predominância feminina no número de casos, ficando apenas Belterra e Prainha com o sexo masculino a frente do feminino, com o mesmo número para ambos os sexos ficaram Placas e Óbidos, e Faro foi o único a não notificar casos, no período de 2014 ao primeiro semestre de 2017. Analisando os dados observou-se que na maioria dos municípios o número de mulheres infectadas foi maior que o de homens. Pode-se supor que um dos responsáveis por esse quadro, seja o uso compartilhado de objetos perfuro cortantes dos serviços de manicure e pedicure. O relato mais frequente de transmissão de hepatite B em mulheres, no atual contexto em que estão inseridas, se dá por via sexual, devido a liberdade conquistada para a escolha de mais de um parceiro para manter relação. Porém, mesmo com as mudanças nas relações conjugais, muitas mulheres ainda permanecem submissas a decisão do homem, fato comprovado pela negligência com o uso de preservativos, ficando expostas a infecção, por medo de perder o parceiro ou até mesmo de agressão física e psicológica. Outro aspecto a ser considerado é a baixa endemicidade da região Norte, segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, sendo obtido nos resultados números relativamente elevados apenas nos municípios de Placas e Santarém, respectivamente. Esses dados podem demonstrar a maior infecciosidade nesses municípios em comparação aos outros, mas também pode estar relacionado a qualidade no sistema de

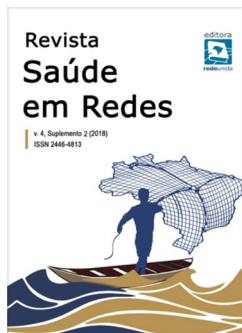


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

deteção e notificação de casos. Pois, ainda se verificam falhas no sistema de notificação da mesorregião do Baixo Amazonas, caracterizando-o como bastante heterogêneo. Os municípios de Belterra e Prainha foram os únicos que apresentaram maior número de casos de hepatite B em homens, isto pode estar ligado ao fato de que muitas indústrias da região solicitam exames para admissão de seus funcionários. Com relação aos municípios de Faro e Prainha não foi possível estabelecer causas para o quadro de infecções estabelecidas, em decorrência da dificuldade em se conseguir dados oficiais a respeito do contexto epidemiológico em que se apresentam. Considerações Finais: A mesorregião do Baixo Amazonas segundo dados da pesquisa caracterizou-se como de baixa prevalência de infecção pelo VHB. Entretanto, dos casos notificados o sexo de maior predominância foi o feminino, possivelmente em decorrência da liberdade sexual adquirida com o passar dos anos, além que, muitas mulheres ainda se submetem a decisão do homem, relacionado a negligência do uso de preservativos, evidenciado pelo medo de perder o parceiro ou até mesmo de agressões, bem como uso compartilhado de materiais perfuro cortantes, intensificado na indústria da beleza. A baixa endemicidade da mesorregião pode significar um déficit no sistema de notificação de casos da infecção. Um quadro que resulta no problema de subnotificação e, conseqüentemente, pode contribuir na disseminação oculta da doença. Demonstrando a importância de reforçar a interação entre os órgãos responsáveis pela transmissão e divulgação desses dados, bem como amenizar a distribuição heterogênea dos materiais necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção. Além da necessidade de mais pesquisas relacionadas ao tema na região.

Palavras-chave: Hepatite B; Prevalência; Baixo Amazonas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

UMA EXPERIÊNCIA NO CUIDADO DE SEQUELA DE ERISPELA EM PACIENTE ASSISTIDO PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO CONTEXTO DE CLÍNICA AMPLIADA NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ.

Marcela Mariana Cárcano de BarrosPor Deus, Riad Alie Hamie, Riad Alie Hamie, Glace Kelly Leite Aranda, Glace Kelly Leite Aranda

A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde onde o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, recolocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção. Nesse contexto de atendimento domiciliar observamos que dentre aos agravos oportunos vimos às lesões teciduais de diversas naturezas, inclusive uma por sequela de erisipela de difícil assistência uma vez que não contamos com material de tratamento curativo tecnológico. Diante desse desafio de assistir com materiais curativos de baixa tecnologia, nos propusemos a fazer uma experiência com um paciente piloto para que possamos sensibilizar a gestão adquirir melhores materiais para assistência curativa diminuindo o tempo de permanência do usuário no programa e proporcionando um reestabelecimento, humanizando o cuidado num contexto de clínica ampliada.

APRESENTAÇÃO

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a de institucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Nesse contexto o Programa Melhor em Casa atua com uma equipe multiprofissional e observamos um evento de lesão por sequela de erisipela que necessitava maior atenção e estudo de caso. O material de curativo empregado na assistência às lesões diversas não é o mais ideal tendo em vista as



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

novas tecnologias do contexto médico assistencial. Com a preocupação de empregar no cuidado materiais de melhor tecnologia curativa nesse caso em especial, conseguimos através de um laboratório amostras de um material que estamos usando em um paciente como experiência e assim proporcionar uma assistência de qualidade promovendo a recuperação da lesão e do cuidado humanizado, ampliado e tecnológico. Com o uso tópico de Hidrogel com Alginato na lesão em 07 dias pudemos observar uma melhora significativa na cicatrização e um restabelecimento do paciente em geral.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

A pele é o maior órgão do corpo, indispensável à vida humana e fundamental para o equilíbrio e conservação do organismo. Ela reflete condições físicas e psicológicas, idade, diferenças étnicas, culturais e sociais. Suas funções incluem proteção, termo regulação, excreção de água e eletrólitos e percepção sensitiva, além de representar a imagem corporal criando uma identidade singular. É formada pela epiderme e pela derme, possuindo uma extensa camada de tecido adiposo subjacente, também denominado hipoderme. Como qualquer outro órgão, está sujeita a agressões oriundas de fatores intrínsecos e extrínsecos, em situações múltiplas que o ser humano está exposto durante toda sua vida, e que podem levar a incapacidade funcional. O Programa Melhor em Casa no município conta com 10 pacientes assistidos com lesões por pressão, 01 paciente com lesão oncológica e 01 caso de lesão por sequela de erisipela com ampla área de exposição. A paciente possui uma lesão extensa abrangendo a parte posterior do membro inferior esquerdo, iniciando na coxa até o terço inferior da perna com exposição do tecido muscular com suas fâscias e tendões. A paciente apresentava episódios de febrícula de origem desconhecida, quadro de anemia severa, inapetência e hipoproteinemia sendo necessária a internação hospitalar para transfusão de sangue permanecendo por 03 dias tendo a alta após esse período. Em domicílio a paciente volta a contar com o cuidado da equipe do Melhor em Casa onde é constatada novamente a febrícula, inapetência, palidez e mal estar geral e então solicitado novos exames constatando ainda a presença da anemia severa fazendo que seja solicitado uma nova internação e tentativa de investigação de todo sistema digestivo para que se descubra a origem dessa anemia. Fora detectado esofagite de erosiva, gastrite moderada, úlcera gástrica e angiodisplasia do sigmoide médio. Atualmente a paciente está sendo tratada em domicílio com medicamentos pertinentes ao diagnóstico, orientação alimentar e a troca do creme de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sulfadiazina de prata (03 vezes ao dia, oferecido pela rede pública SUS) por Hidrogel com Alginato conseguido com uma parceria informal com um laboratório para essa experiência. O curativo hoje é feito 01 vez ao dia, pela técnica de enfermagem, lavando com soro fisiológico a 0,9% abundantemente, então empregado clorexedina a 2%, novamente passado soro fisiológico, secando e aplicando o Hidrogel com Alginato. Um agravante observado na condução dos cuidados é a baixa condição social do paciente em termos gerais, moradia, alimentação e um frágil vínculo familiar.

RESULTADOS

Estamos no começo do experimento e com 07 dias já observamos uma melhora significativa da área afetada e da disposição do paciente sendo que a nossa expectativa é que em 60 dias recuperemos toda extensão se não houver mais intercorrência correlacionada e consigamos recuperar a sua saúde de modo geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho foi possível constatar que o programa de atendimento domiciliar foi imprescindível para a recuperação desse paciente que se encontrava perdido na rede de atenção, sem diagnósticos pertinentes. É necessário um investimento em materiais de maior tecnologia para abrandar o tempo de permanência do paciente no programa, diminuindo consequentemente os custos e dispêndio de tempo, e proporcionando melhor qualidade de vida ao indivíduo atendido.

Palavras-chave: Clínica Ampliada. Lesão por Sequela de Erisipela. Cuidado. Humanização



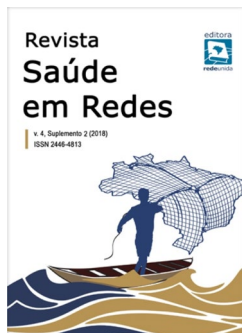
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE AÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE INDÍGENA TABALASCADA

Daniele Caséca Ruffo, Ákilla Caroline Nascimento Pereira, Camila Stein, Fabianna Fabíola Néri Teixeira, Rosa Maria De Oliveira Galvão Da Costa

Apresentação: Este resumo visa detalhar a visita à comunidade de Tabalascada, no estado de Roraima, realizada no dia 5 de outubro por 21 voluntários, alunos da Universidade Federal de Roraima e filiados à IFMSA BRAZIL (Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina do Brasil). Os objetivos foram aproximar os estudantes de medicina à realidade vivenciada por comunidades indígenas e levar educação em saúde para essa população. Os alunos desenvolveram atividades integrativas, como palestras com crianças e adultos, quiz e atividades lúdicas com crianças, nas quais os participantes foram instigados a expor suas dúvidas e compartilhar seus conhecimentos e até relatos pessoais sobre o assunto. A aplicação de um questionário posterior de avaliação de impacto revelou que a ação foi de grande importância na formação humanizada de futuros profissionais e na educação em saúde preventiva da população. **Desenvolvimento:** Os povos indígenas são parte importante da identidade histórica e cultural do Brasil, existindo cerca de 897 mil indígenas espalhados por todo território nacional e distribuídos em cerca de 300 grupos étnicos que falam mais de 200 línguas e possuem sistemas políticos diferentes. No norte do país, os dados demográficos desta população são bastante expressivos: cerca de 342 mil indígenas estão concentrados nessa região. Destes, 47.976 residem em Roraima, sendo a unidade federativa detentora da maior população relativa desta etnia: 11 mil indivíduos autodeclararam-se indígenas no estado. Apesar da importância, este tema ainda é um desafio a ser vencido sob vários aspectos, tanto pelas carências estruturais enfrentadas por essa população, quanto pela falta de estímulo dos profissionais em permanecer nessa área ou até mesmo iniciar o trabalho, fazendo com que alguns problemas básicos ainda persistam, como falta de saneamento básico e assistência à saúde. Ademais há uma falha curricular importante nas escolas de medicina do país, que já foi reconhecida pelo CFM no I seminário sobre saúde indígena que ocorreu no primeiro semestre de 2017. Essa falha é ainda mais prejudicial nas universidades nortistas, em especial na UFRR, por ser de um estado com população indígena tão presente. Devido essas razões, foi idealizada uma ação na



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

comunidade Tabalascada, no município roraimense Cantá. Os voluntários foram escolhidos por formulário, avaliando disponibilidade e motivação. Houve dois encontros para capacitação dos estudantes selecionados, conduzidos por profissionais da área. Em referência ao outubro rosa, foram abordados o câncer de mama e de colo do útero, ambos muito prevalentes em Roraima. Também foi realizada uma capacitação em saúde da criança, sobre puericultura, prevenção de verminoses e incentivo de bons hábitos de higiene e alimentação saudável. Para a realização das atividades, os alunos foram divididos em grupos menores. Um dos grupos ficou responsável pelo auxílio da triagem e atendimento ambulatorial, auxiliando na aferição de pressão arterial, verificação do índice de massa corpórea e organização de prontuários. Outros estudantes acompanharam atendimentos ambulatoriais, tendo a oportunidade de ajudar no exame físico, encaminhamentos e formulação de hipóteses diagnósticas. Assim, os acadêmicos puderam adquirir conhecimentos sobre relação intercultural, principais afecções que afetam aquela comunidade e noções semiológicas importantes para a atuação em unidades básicas de saúde. As mulheres atendidas no posto de saúde da comunidade e as professoras da escola local tiveram uma palestra com outro conjunto de estudantes sobre Câncer de mama e de colo do útero. Foram abordados assuntos como fatores de risco, preventivo, autoexame das mamas e sinais de alarme. Logo após foi feito uma dinâmica em forma de 'quiz' sobre o assunto abordado. Isto permitiu verificar o quão eficiente foi a transmissão das informações e corrigir falhas de comunicação. Um último grupo de alunos ficou responsável por realizar uma conversa informal sobre parasitoses intestinais, higiene pessoal e hábitos de saudável, bem como foi proporcionar um momento de recreação por meio de pintura, música e brincadeiras. As crianças ensinaram canções infantis na língua Macuxi para os voluntários e foi oferecido como lanche um mingau de macaxeira, comida típica da comunidade. Essas atitudes simples revelam a forte tradição deste povo e tiveram grande impacto sobre os alunos participantes. Resultados e/ou impactos: Questionários foram aplicados aos voluntários após a ação. Analisando os resultados obtidos sobre a importância da ação na formação médica dos participantes, pode-se concluir que grande parte dos alunos (75%) ampliou sua visão a respeito do impacto que o contato precoce com a realidade na qual o grupo foi inserido tem sobre sua construção profissional. Além disso, o "quiz" revelou que as pacientes não tinham ampla informação sobre o tema, mas que essa falha conseguiu ser corrigida por meio da palestra. Considerações finais: O Projeto Saúde Indígena teve como objetivos promover uma



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

aproximação dos alunos com essa realidade, possibilitar melhorias para a comunidade visitada, através de ações educativas. Além disso, promoveu difusão de conhecimentos para a população, permitindo uma maior conscientização sobre os temas abordados e possibilitou trocas culturais importantes entre moradores da comunidade e visitantes. Verifica-se a necessidade de melhorias nas condições de assistência médica aos povos indígenas, o que pode ser alcançado por meio de melhorias na estrutura física, ações de saúde e prevenção, levando em consideração os aspectos culturais e locais e ampliação da atenção. Os desafios em área indígena são muitos, como aspectos geográficos, linguísticos e culturais. Essa realidade reforça a importância de ações que foquem em componentes educativos, a fim de disseminar conhecimento científico transmitido de acordo com o entendimento popular, e, concomitantemente, possibilite trocas de experiências culturais, devido sua importância para a formação profissional e na construção de valores. Dessa forma, a ação foi muito importante para enriquecimento cultural e profissional dos estudantes que participaram. Regiões como a Comunidade Tabalascada, próximas à cidade, mas com uma cultura e tradição diferentes, são áreas que precisam de um olhar peculiar, atentando para as necessidades locais e buscando-se levar a promoção de saúde de forma direcionada. Ademais, ressalta-se que é uma oportunidade de conhecer novas línguas e novos costumes, promovendo interação entre a população e os voluntários e maior preparo para futura atuação nos serviços de saúde, uma vez que a formação médica não consiste apenas de literaturas e ensino, mas também de vivências e habilidades que só poderão ser exercitadas a partir do contato com a realidade vivenciada pelos pacientes.

Palavras-chave: Indígenas; educação; ação



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OFF-SINAS: BRINCAR É COISA SÉRIA

Isabela Vilela Chimeli, Simonete Torres Aguiar, Clarissa Torres Aguiar

Apresentação

A criança, ao entrar em um consultório de pediatria, leva consigo a trajetória de uma família, a realidade de um contexto social e os valores de uma cultura – esferas em meio às quais ela, exclusiva em suas características, emoções e desejos, estrutura sua forma de ser, de sentir e de agir. A criança chega, então, com um corpo que conta a história de suas relações, complexas e profundas, com outros indivíduos, ambientes e situações. Histórias que por vezes parecem destinos inevitáveis - uma sina. Mas que, como toda história, permanece sempre aberta para releituras e, portanto, para a reescrita de sua continuidade.

A invenção do neologismo Off-sinas aponta para o objetivo do presente trabalho: ofertar variadas possibilidades lúdicas, em um ambiente de muito acolhimento, para que as crianças possam narrar livremente seus desígnios. Através das artes e das brincadeiras, elas representam suas questões mais profundas, seus conflitos mais escondidos, cabendo aos “off-sineiros” deixar-se conduzir por suas mãos. As intervenções são feitas quando se abrem brechas para a reorientação da criança em sua própria existência. E muitas vezes são desnecessárias, já que a livre expressão é, por si só, uma poderosa e eficiente intervenção.

Descrição da experiência

Idealizado e orientado pela pediatra e homeopata Simonete Torres Aguiar, o projeto Off-sinas é fruto de sua ampla experiência no campo da pediatria. Nenete, como é conhecida, atuou em várias frentes até chegar ao consultório. Ao longo de sua trajetória, foi-se tornando evidente a necessidade de compreender a raiz dos sintomas físicos, levando-a a aprofundar o estudo e a observação das relações entre os adoecimentos, as emoções e as interpretações das crianças sobre suas experiências. Foi-se tornando também notória a eficácia da prática da escuta na prevenção dos sintomas e na recuperação da saúde. As Off-sinas foram então concebidas, enquanto tempos e espaços de valorização da expressividade, da percepção de si nas situações de vida e da conexão consigo.

As Off-sinas acontecem em um amplo quintal, repleto de brinquedos e materiais artísticos de toda ordem. As crianças lá brincam semanalmente, individualmente ou em grupos de até 4,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

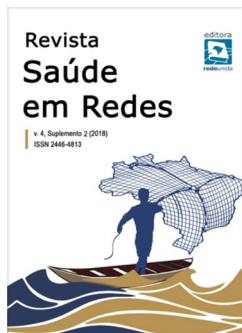
sendo acompanhadas por 1 ou 2 “off-sineiros”. Elas dão o tom, a cor e o caminho das brincadeiras, que são sérias e, muitas vezes, impactantes. Criam suas metáforas, definem os papéis a serem vividos por si e pelos “off-sineiros”, representando suas angústias, receios e anseios. O projeto vem sendo desenvolvido há 17 anos, na Clínica Curandar, em Belo Horizonte, Minas Gerais, contemplando hoje uma média de 30 crianças, entre 3 e 13 anos de idade. Em geral, as Off-sinas são indicadas para crianças que apresentam adoecimentos recorrentes ou que atravessam momentos de dificuldade.

A equipe de “off-sineiros” é multidisciplinar, composta atualmente pela Dra. Simonete Torres, por Juliana Chimeli (terapeuta ocupacional e leitorista corporal); Ana Nicodemo (artista plástica, arte terapeuta e terapeuta sistêmica); Davi Gardone (musicista, artista plástico e psicólogo); Clarissa Torres (cientista social); Ana Luiza Pereira (cientista social e estudante de psicanálise); Juliana Valadares (psicóloga) e Isabela Chimeli (cientista social, mestre em saúde coletiva e leitorista corporal). O caso de cada criança é cuidadosamente refletido e construído por toda a equipe, que se reúne semanalmente e conta com supervisões esporádicas, com o psiquiatra e psicanalista Stélio Lage; com Nereida Vilela (criadora da Leitura Corporal, vertente que estuda as relações entre os sintomas físicos e as emoções) e com a psicóloga e psicanalista Mônica Brandão. Com os “off-sineiros” é realizado um trabalho de constante formação e orientação, para que o olhar sobre as crianças seja cada vez mais expandido e diversificado, e para que as intervenções sejam cada vez mais adequadas e precisas. É também constante o cuidado com as questões pessoais dos membros da equipe, não raro suscitadas por esse envolvente trabalho.

As famílias são vinculadas ao processo através de encontros com a coordenadora e com os “off-sineiros” responsáveis, onde se busca construir pontes de compreensão e de acolhimento para as questões das crianças. Sempre preservando a privacidade do que acontece no espaço e no tempo das Off-sinas, o diálogo com os cuidadores intenciona trazer à tona as necessidades singulares de cada um, traçando rotas possíveis de atuação.

As Off-sinas, embora oficialmente dedicada às crianças, se desdobram como um trabalho terapêutico para todos os envolvidos. Brincar com o real facilita e, muitas vezes, ameniza o contato com aquilo que precisa ser visto, ordenado ou modificado.

Resultados



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Recebemos uma criança que havia perdido o pai, depois de 4 meses doente. A filha, com 5 anos, ficara um pouco esquecida, entre tantos problemas mais urgentes. Chegando para a Off-sina, escreveu dentro de um coração: “Ufa!!! Finalmente chegou meu dia!”. E lá, brincamos algumas vezes de enterrar as cinzas do pai, a seu pedido. Seu pai era bonequeiro e, ela passou a fazer vários teatros, construindo bonecos incríveis de papel. Com isto, sua tristeza foi sendo encaminhada.

Outra criança que perdeu a mãe ao nascer, nas Off-sinas construiu várias possibilidades de ir ao céu - de trem, de avião, como borboleta. Foi e voltou várias vezes, até descobrir que prefere a Terra, e que pode ser feliz com sua mamãe daqui.

Mais uma, que quando convidada para brincar de teatro, responde: “Ah não! Vamos brincar de vida real!”. “Ok! E como vamos brincar de vida real?”. “Finge que você é nossa mãe e nos abandona!”. Seguimos com essa brincadeira até que passou seu medo tão sofrido do abandono materno.

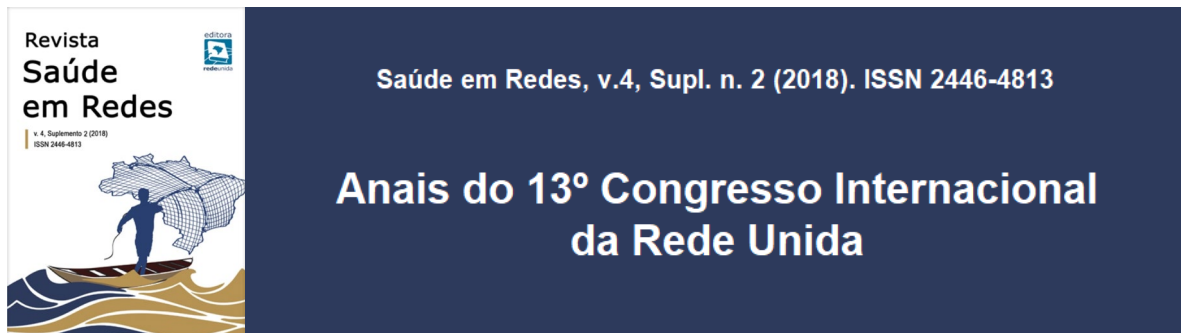
São muitas, diversas e profundas as questões que a ludicidade faz surgir. Geralmente, em vigências do trabalho, as crianças param de adoecer. Sintomas recorrentes como bronquites, otites, infecções urinárias, dermatites, sinusites, etc. – todos, sem exceção, vão se tornando desnecessários. Uma vez expressos, os temas subjacentes aos sintomas podem ser reordenados, os sentimentos e pensamentos ressignificados, e o organismo – que abriga todas essas dimensões – tende a se reequilibrar.

Entendemos a saúde como um movimento dinâmico de capacitação para a travessia da vida. O alívio de poder falar, pintar, representar, desenhar e espernear as experiências mal digeridas ajudam as crianças na localização de si, nas suas próprias histórias e nas histórias daqueles que as cercam. Assim elas aprendem a se posicionar com presença e autenticidade e a lidar com as situações rotineiras e inesperadas da vida, desatando os nós que desordenam suas vivências

Considerações finais

A infância é o começo de todo indivíduo, de todo cidadão, de toda sociedade organizada. Para que os alicerces desta sociedade e sua cultura sejam firmes, bem estruturantes, é preciso rever o que traz saúde à infância, numa visão mais ampla e integrada.

A “criança” é uma categoria abstrata – o que existem são crianças, variadas em suas complexas e específicas interações entre desejos, interpretações, liberdades e proibições,



além de toda a ambientação familiar, social e cultural. As intervenções no âmbito da saúde necessitam do compromisso com a singularidade e com a qualidade dos relacionamentos entre criança e cuidadores. A construção de vias para a prevenção e para a reestruturação da saúde é para cada indivíduo original, e quanto maior o grau de comprometimento de todos os envolvidos, mais perto da raiz dos adoecimentos - e, portanto, dos processos de cura - podemos chegar.

Palavras-chave: infância; singularidade; escuta



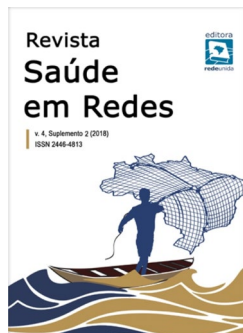
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA NO PÓLO ORIXIMINÁ: DELINEAMENTO DO PERFIL DOS USUÁRIOS INDÍGENAS E POSSÍVEIS REFLEXÕES.

Marcela Acioli, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

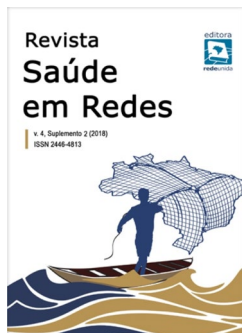
Este trabalho pretende traçar um perfil dos usuários indígenas que fazem uso de medicação psicotrópica e que são acompanhados pelo Programa Bem Viver (PBV), que é responsável pelas ações e serviços de atenção psicossocial no Pólo Base de Oriximiná, pertencente a área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá Tocantins (DSEI GUATOC). Desde 2010, a gestão da atenção à saúde dos povos indígenas é realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. No que refere-se a saúde mental em contexto indígena, é a partir da Portaria nº 2.759/07, que estabeleceu as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, que as ações da psicologia nesse contexto ganham destaque. No período de 2012 a 2016, tive o privilégio de trabalhar no DSEI GUATOC, como parte da equipe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), desenvolvendo ações de controle social, gestão e planejamento das ações de saúde, e pude me participar das atividades do Programa Bem Viver, acompanhando de perto as ações e demandas denominadas da área de "saúde mental", como uso abusivo de álcool e outras drogas, alguns tipos de violência, casos de suicídio, e uso de medicação psicotrópica. A partir dessas atravessamentos, tive a oportunidade de acompanhar os aspectos da micropolítica que perpassam as ações governamentais e não governamentais que são direcionadas a essas populações, bem como pude constatar que estudar o tema de saúde mental em contexto indígena é tarefa desafiadora e complexa. Essa vivência me levou a problematizar as interfaces da atuação psi em áreas indígenas, me chamando atenção o número de indígenas que utilizam medicação (controlada ou não) como principal terapêutica, situação essa que me fez iniciar essa pesquisa e o debate sobre o modelo de atenção e cuidado que estamos oferecendo a essas populações. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa de caráter exploratório realizados através de levantamento bibliográfico e pesquisa documental. Para o levantamento bibliográfico foram realizadas buscas nas plataformas virtuais e que tem respaldo no meio acadêmico, são elas: Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde, Google Acadêmico, ARCA. Também foram feitas buscas de informações



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

gerais sobre Saúde Indígena, Legislação, e demais produções dessa temática em sites especializados da SESAI, ISA, FUNAI, IBGE, CRP-SP, CIMI, e rede de pesquisadores da referida temática. Para realização das buscas virtuais, foram selecionados os descritores de acordo com o tema da pesquisa no Descritores de Saúde (DECS). Foram selecionados os descritores: Saúde Mental, Indígenas, População Indígena, Saúde Indígena, Saúde da População Indígena, Psicotrópicos, Psicofármacos, e Psicoativos, totalizando 12 combinações, onde ao fim foram selecionados 09 trabalhos (entre capítulos de livro, artigos, monografias e dissertações). Após pesquisa bibliográfica sobre o tema, foram analisados diversos documentos referentes ao Programa Bem Viver do Dsei Guatoc no ano de 2015, dando ênfase aos dados de medicação psicotrópica referentes a “Planilha de vigilância do uso de medicação psicotrópica” do Pólo Oriximiná. Para melhor compreensão sobre as populações das quais essa pesquisa trata, faz-se necessário uma breve contextualização de cenário de pesquisa. O Pólo Base Oriximiná, gerencia as ações de atenção básica através de 04 equipes de saúde para atendimento de 2.174 indígenas, de 09 etnias, distribuídas em 18 aldeias em 03 terras Indígenas. No que concerne às questões éticas, foi elaborado um pedido de autorização de análise documental ao Coordenador do DSEI GUATOC. Os resultados encontrados sobre esses usuários indígenas foram divididos em (a) dados sócio-demográficas referentes a faixa etária, sexo, situação conjugal, etnia, aldeia e (b) dados clínicos referentes as hipótese diagnóstica/diagnóstico (CID 10), informações sobre os medicamentos (tipo de medicação, posologia, tempo de uso) que são utilizados pelo paciente, dados dos profissionais da rede SUS e SASISUS que acompanham usuário, cuidadores indígenas e situação atual do caso. Dentre os achados, quanto as dados sóciodemográficos, os usuários indígenas de medicação psicotrópica no polo Oriximiná, temos uma maior prevalência de mulheres (68%), indígenas casados(as) (60%), na faixa etária de faixa etária entre 22 a 59 (58%) e da etnia Wai Wai (98%) e que residem na aldeia Mapuera (n=33). Quanto aos dados clínicos, sobre os dados referentes a situação atual do caso, 81% informaram estar realizando tratamento, e apenas 19% interromperam o uso de psicofármacos por conta própria, motivada por questões financeiras e/ou pelos efeitos adversos durante uso da medicação. Quanto ao tempo de uso desse tipo de medicação varia de menos de um ano a mais de 10 anos. A maior prevalência está entre os usuários que estão fazendo uso entre 1 a 2 anos (40%), se somarmos os que fazem uso de medicação psicotrópica há mais de 1 ano teremos mais de 84% os usuários. Nas hipóteses diagnósticas,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

os resultados mais prevalentes foram as doenças do sistema nervoso, representando 58% dos usuários, logo em seguida temos os transtornos comportamentais e suas associações, totalizando 31,5% da população estudada. No que tange a atenção a saúde mental dos 31,5% usuários indígenas, apenas um indígena teve acesso a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sobre cuidador indígena, 100% dos indígenas informaram que não realizam esse tipo de acompanhamento. Quanto às principais classes de medicação psicotrópica prescritas, 57% usuários utilizam antidepressivos, sendo a Amitriptilina (51%) a mais prescrita, 53% dos usuários utilizam os estabilizadores do humor/anticonvulsivante, sendo a Carbamazepina e Fenobarbital os mais utilizados, com 15% de prescrição cada, 21% dos usuários fazem uso de benzodiazepínicos, sendo o Frisium (13%) a classe com maior prevalência, 17% dos usuários indígenas fazem uso de antipsicóticos, sendo 15% atípico e 2% sedativo, sendo a Risperidona (13%) o medicamento mais prescrito. Apesar dos avanços constitucionais e de modelos de atenção direcionados a saúde mental em contexto indígena, fica claro que ainda existe muito caminho a percorrer numa atenção que considere os aspectos étnico-culturais dessas populações. Dentre as limitações encontradas para pesquisa, o acesso aos dados sobre saúde indígena é difícil e ainda está em construção, visto que não há uma base de dados informatizada, e que seja nacionalmente integrada. É necessária a ampliação de pesquisas em saúde mental em contexto indígena no campo psi em parceria com outras ciências, numa parceria que dê conta de um objeto complexo que são as populações indígenas. Que sejam realizada continuidade deste estudo através de seguimento desta amostra, com acesso aos prontuários e entrevistas com profissionais de saúde que atendem esses usuários seja na rede SASISUS e SUS, esmiuçando categorias de gênero e faixa etária. Durante todo o percurso desse trabalho, não se pretendeu incentivar os indígenas a não usarem os psicofármacos, até porque como foi descrito, a alopatia na etnia Wai Wai foi fortemente atrelada a concepções de cura e divino durante processo de evangelização desses povos. Acreditamos na sua eficácia e na necessidade de alguns pacientes utilizá-los. As reflexões que poderão ser ocasionadas por este trabalho não pretendem se opor ao uso da medicação, sendo o nosso interesse em delinear o perfil dos usuários indígenas do Pólo Oriximiná, de forma ele possa ajudar no planejamento de ações de gestão, promoção e prevenção na atenção biopsicossocial desses povos. É de fundamental importância implementação de capacitações na educação permanente para saúde mental para todos atores envolvidos no processo com enfoque na integralidade.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Saúde Indígena; Saúde Mental; Psicotrópicos.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AS MUDANÇAS DA PNAB 2017 EM UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Lucas Gonçalves, Mary Ann Freire, Maria Clara Geraldo, Milena Lopes, Loiziany Oliveira, Felipe Tavares, Vanessa Correa

Apresentação:

O Sistema Único Saúde (SUS), uma grande conquista a partir de movimentos sociais, apresenta desafios de operacionalização em uma sociedade marcada por desigualdades sociais e com cicatrizes do modelo de atenção biomédico. Em um movimento de regionalidade e territorialização, em 2009, ocorreu uma grande expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, principalmente em áreas mais distantes da região central e foi uma ferramenta potente para traduzir de forma linear os diversos perfis epidemiológicos da população.

A Atenção Básica (AB) possui papel estratégico para operacionalizar com integralidade e assumir responsabilidade sanitária ao reconhecer as necessidades de saúde da população sob seu compromisso. A vivacidade dos territórios e suas relações carregadas de subjetividade, em conjunto com o constante movimento social, político e econômico da sociedade requer reavaliações condizentes das políticas públicas em prol da efetividade.

A recente atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da portaria nº 2.435, de 21 de setembro de 2017, surge em um momento de desgaste econômico e político dos governos e retirada de direitos sociais, a partir da seguridade econômica. As alterações são sentidas em nível local e provocam alterações nas relações dos profissionais com o serviço, além dos impactos decrescentes nos processos de trabalho.

Sendo assim, o objetivo do estudo é discutir sobre as mudanças da PNAB de 2017 em um Centro Municipal de Saúde (CMS) do município do Rio de Janeiro, a partir de uma Estimativa Rápida Participativa (ERP).

Desenvolvimento:

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo a partir de avaliação parcial da disciplina de Atenção e Gerência da Saúde no SUS, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, na graduação em enfermagem. A proposta foi a realização de uma ERP em



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

um bairro do município do Rio de Janeiro/RJ. Através da coletas de dados, imersão no território e serviços de saúde e conversa social, as alterações recentes da PNAB surgiram como pontos para exploração e discussão entre profissionais de saúde, usuários, população do território e os pesquisadores.

A imersão no território explorou características subjetivas que indicadores de saúde e sociais não contemplam na sua totalidade e, além disso, foram realizadas conversas sociais como estratégia durante a vivência no território e no serviço de saúde, em conjunto com os profissionais e usuários do CMS. Ocorreu de forma livre e com captação de falas sem roteiros e/ou instrumentos semi estruturados, assegurando o anonimato de todos os envolvidos.

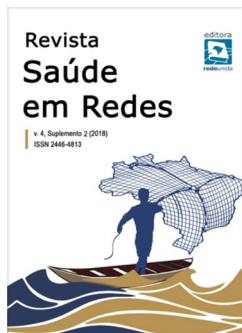
Resultados:

O CMS dispõe dos modelos A e B de equipe, que consiste na composição básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com profissionais médicos especialistas organizados em ambulatórios, respectivamente. As especialidades médicas são reguladas via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para o agendamento de consultas. Contém nove equipes de estratégia de saúde tradicional e uma equipe de atenção básica, sendo a primeira e única unidade na Zona Sul do Rio de Janeiro a aderir esse novo tipo de equipe, regulamentado pela PNAB de 2017.

O novo tipo de equipe de atenção básica é composta por 1 médico ginecologista, 1 médico pediatra, 1 enfermeiro e 1 técnico administrativo. Segundo a PNAB (2017), o tipo de equipe deve ser composto por um médico e um enfermeiro, preferencialmente com especialização em saúde da família e deixa em aberto a contratação dos outros profissionais da equipe multidisciplinar. Ainda segundo a política, esse tipo de equipe não é a prioritária, e sim, uma forma de atender as necessidades do município, associado às suas características.

Os processos de trabalho alteram-se, com expressivo impacto na dinâmica da oferta e procura de serviços para a população adscrita, ainda em longo processo de adaptação da gestão, dos profissionais da unidade e da população. Como uma das funções do Agente Comunitário em Saúde (ACS), o cadastramento das famílias é realizado, devido ausência do agente na equipe, de forma passiva por um funcionário administrativo, sem responsabilidade de inserção no território.

Em meio ao subfinanciamento crônico e cortes dos direitos sociais pelo governo municipal, a AB sofre diretamente os impactos na capacidade de resolubilidade e de coordenação das



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

múltiplas redes vivas que se formam em volta do seu protagonismo. Há muitas dúvidas em relação à nova estratégia e equipe adotada, pela recente aplicação e entraves na fluidez do modelo. Segundo uma profissional de saúde do CMS, “esse tipo de equipe põe em dúvida toda a expansão da Atenção Primária do Rio de Janeiro” (sic).

Há um inchaço, de forma geral, nas equipes de ESF das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro, considerando os diversos problemas sociais e de saúde encontrados e que demandam ações e serviços públicos. Desta forma, observando a característica populacional do território explorado e da área de cobertura de uma das equipes tradicionais atuantes do CMS, destacaram-se entraves no cadastramento e acompanhamento da população. As estratégias das equipes para o cadastramento variam conforme as características populacionais, principalmente entre os que residem nas comunidades e os do asfalto. Segundo uma ACS, “apesar da gente fazer o mutirão de cadastramento, é difícil acompanhar tanta gente. Se cadastrássemos todas as famílias desse conjunto, não daríamos conta de atender todos” (sic).

Com a PNAB de 2017, delimita-se em 2.000 a 3.500 pessoas por equipe, com a possibilidade do aumento de acordo com regulamentos locais e singularidades da população, salientando a sobrecarga das responsabilidades dos profissionais e a fragilidade na capacidade de atingir seu potencial resolutivo de cobertura. Essas incubências serão intensificadas devido ao fato de haver uma grande procura pelos serviços de saúde da unidade por usuários de fora da área programática, fato compatível com outra alteração da política, que permite o atendimento a qualquer indivíduo, mesmo residindo fora da área de cobertura da UBS.

Considerações finais:

Observou-se aspectos negativos nas alterações da nova PNAB já aplicados no CMS, alterando processos de trabalho entre as equipes e com longa e difícil adaptação entre atores sociais envolvidos no dia a dia do serviço de saúde. As particularidades locais evidenciam entraves na aplicabilidade da política, intensificados pelo desfavorável contexto sócio, político e econômico atual da cidade do Rio de Janeiro. As decisões expõem os profissionais a uma carga de trabalho maior e desamparam a atuação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde;

Revista
**Saúde
em Redes**



v. 4, Suplemento 2 (2018)
ISSN 2446-4813



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida



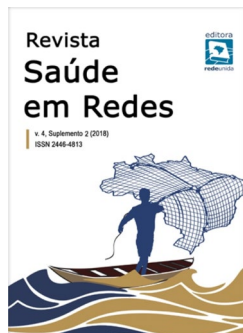
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

OCORRÊNCIA DE DISCRIMINAÇÃO COM MULHERES VIVENDO COM HIV EM SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

Karen da silva Calvo, Daniela Riva Knauth, Flávia Bulegon Pilecco, Alvaro Vigo, Luciana Barcellos Teixeira

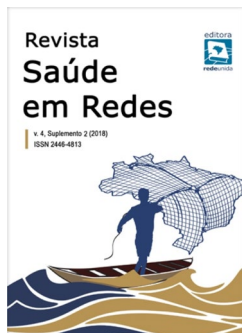
Apresentação: A discriminação é vista como uma espécie de resposta comportamental ao estigma e ao preconceito, que se traduzem em atitudes negativas em relação a grupos sociais específicos. Historicamente, a epidemia da Aids é caracterizada por estigma e discriminação, uma vez que a contaminação pelo vírus do HIV está associada a comportamentos considerados “desviantes” pela sociedade, como a homossexualidade, o uso de drogas e a prostituição. Além dos fatores excludentes associados à contaminação da doença, existem outros fatores, como socioeconômicos e culturais, que se somaram a epidemia, tornando alguns grupos sociais mais vulneráveis ao HIV e suscetíveis à prática da discriminação. Pessoas com baixa renda, mulheres e negros fazem parte destes grupos que já eram discriminados culturalmente, e que são uma parcela significativa de pessoas vivendo com HIV, tendo em vista características já identificadas ao longo da epidemia, como a pauperização e a feminização. A sobreposição do estigma sobre a situação clínica de uma doença que até o momento não tem cura, é uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos no Brasil, e contribuem na disseminação de imagens estereotipadas e discriminatórias das mulheres. Há evidências que pessoas vivendo com HIV que sofreram processos de discriminação podem ter atraso no diagnóstico, dificuldade de acesso ao tratamento e não adesão ao tratamento antirretroviral, que podem levar ao óbito pelas complicações clínicas da infecção. Conhecer o perfil das mulheres que vivem com HIV pode impactar nos processos de cuidado, uma vez que irá auxiliar os profissionais de saúde a compreender o contexto de vulnerabilidade em que estas mulheres estão inseridas, podendo assim produzir um cuidado mais abrangente a questões sociais. Diante do exposto o objetivo deste trabalho é descrever o perfil das mulheres vivendo com HIV que sofreram discriminação nos serviços de saúde Método: Trata-se de um estudo transversal. A amostra foi constituída por mulheres de 18 anos a 49 anos de idade, usuárias da rede pública de saúde do município de Porto Alegre. As mulheres foram recrutadas em serviços que atendam mulheres vivendo com HIV/Aids em ao menos uma das seguintes especialidades:



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

ginecologia/obstetrícia e infectologia. O número de participantes selecionadas em cada um dos serviços foi proporcional à quantidade de atendimentos realizados pelo serviço. Após as devidas aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, foi realizado um mapeamento de todos os serviços a fim de identificar o número de pacientes atendidas, rotinas e horários de atendimento, dados estes necessários para a distribuição da amostra nos serviços e organização da coleta de dados. A fim de garantir a aleatoriedade, as mulheres foram selecionadas de acordo com a lista de atendimento do dia em cada um dos serviços. Foi realizado convite para participar do estudo no momento de comparecimento à consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa. As entrevistas foram conduzidas em tablets, em ambiente reservado e adaptado de acordo com as características de cada serviço, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Foi utilizado um instrumento cujas questões investigavam trajetória de vida, momento do diagnóstico, ocorrência de violências, aspectos sexuais e reprodutivos. Posteriormente, todas as informações foram armazenadas em programa específico, para realização do controle de qualidade e análise dos dados. Os dados foram analisados no software SPSS e são apresentados em estatística descritiva e através de comparações entre mulheres que sofreram e que não sofreram discriminação através do teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson ou Fisher. Em todas as análises será adotado o nível de significância estatística de 5%. Resultados: A amostra foi constituída por 691 mulheres, das quais 22,4% relatam ter sofrido discriminação nos serviços de saúde; destas 6,5% (n=10) tinham entre 18 – 24 anos; 11,8% (n=18) tinham entre 25 – 29 anos; 24,8% (n=38) tinham entre 30 – 34 anos; 26,8% (n=41) tinham 35 – 39 anos; 17% (n=26) tinham entre 40 – 44 anos e 13,1% (n=20) tinham entre 45 – 49 anos. Em relação à cor, 64,1% (n=98) das mulheres consideravam-se brancas. Quanto à escolaridade, 39,9% (n=61) das mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto; 30,7% (n=47) possuíam o ensino fundamental completo e 29,4% (n=45) possuíam o ensino médio completo ou ensino superior. A renda familiar variou entre 0 e 4 salários mínimos ou mais, sendo que 14,6% (n=21) das mulheres tinham a renda até 1 salário mínimo; 45,1% (n=65) tinham a renda acima de 1 até 2 salários mínimos; 29,9% (n=43) tinham a renda acima de 2 até 4 salários mínimos e 10,4% (n=15) tinham a renda acima de 4 salários mínimos ou mais. Com relação aos aspectos de comportamento sexual, 82,9% (n=126) das mulheres tiveram a primeira relação



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sexual com um parceiro fixo, e 17,1% (n=26) tiveram a primeira relação sexual com um parceiro eventual. Quanto ao uso de preservativo na primeira relação, 22,6% (n=33) das mulheres afirmaram ter utilizado e 77,4% (n=113) não fizeram uso do preservativo. Em relação às questões reprodutivas, 53% (n=80) das mulheres responderam que não tiveram uma gestação após o diagnóstico. Comparando o grupo de mulheres que sofreram discriminação nos serviços de saúde, com o grupo de mulheres que não sofreram discriminação, o percentual de mulheres que tiveram uma gestação após o diagnóstico, respectivamente, foi de 47% (n=71) e 32,3% (n=170), (p=0,001), ressalta-se que muitas destas gestações não foram planejadas. Quando questionadas sobre se já haviam sofrido algum tipo de violência física ou sexual, 19,5% das mulheres que sofreram discriminação disseram que não; 23,3% (n=35) destas mulheres respondeu que havia sofrido algum tipo de violência, contrastando com o grupo de mulheres que não sofreu discriminação, do qual 9,5% (n=50) das mulheres afirmaram ter sofrido algum tipo de violência, (p<0,001). Considerações finais: Observamos que o fato da mulher ter sofrido algum tipo de violência física ou sexual está associada à discriminação de mulheres vivendo com HIV nos serviços de saúde. Embora não tenha sido investigado quem praticou a violência, ela parece estar relacionada com questões econômicas, uma vez que muitas mulheres possuíam baixa renda e se apresentavam em contextos de vulnerabilidade social. Há estudos apontando relações desiguais entre homens e mulheres e associação entre ocorrência de violência e dependência econômica. De alguma forma, estas repercutem na saúde e nos direitos sexuais e reprodutivos, prejudicando a capacidade plena dessas mulheres para tomada de decisões, como uso de preservativo para evitar ISTs ou gestações não desejadas. Frente aos resultados encontrados, considerando que a discriminação ocorre em serviços de saúde, faz-se fundamental ampliar discussões sobre o preparo dos serviços e profissionais no acolhimento de necessidades de saúde das mulheres vivendo com HIV. Compreender os contextos de vulnerabilidade que marcam as trajetórias destas mulheres possibilita ao profissional de saúde o cumprimento do princípio doutrinário do SUS de integralidade, pois a maioria delas está em idade reprodutiva, e necessitando de apoio e orientação profissional para realizar a gestão da vida sexual e planejamento reprodutivo, frente aos seus contextos de vida. Apesar disso, é no serviço de saúde que muitas dessas mulheres encontram barreiras impostas pela discriminação.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: discriminação social; HIV



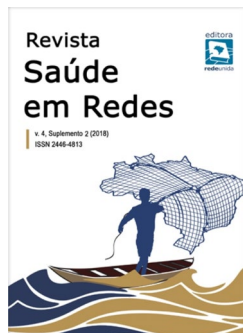
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TECNOLOGIAS LEVE-DURAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: FOMENTANDO SABERES INDISPENSÁVEIS À TERAPÊUTICA INSULÍNICA

Eberson Luan dos Santos Cardoso, Bruna Luana Oliveira Tavares, Luana Rocha Pereira, Ingrid Nicolle Monteiro Barros, Suenne Paes Carreiro de Aviz, Suelen da Silva Miranda, Edenilza Fabiana de Almeida Santos, Ana Rosa Botelho Pontes

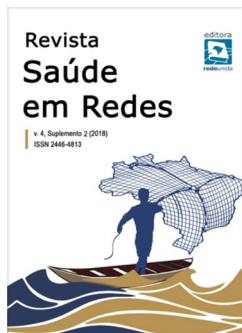
Introdução: As tecnologias consideradas leve-duras referem-se à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos e ao modo singular como cada profissional aplica este conhecimento para produzir o cuidado os usuários. Sua utilização pouco a pouco tem sido integrada à prática assistencial pelas equipes de Saúde da Família com o intuito de viabilizar e estimular o cuidado a pacientes atendidos pelo programa HIPERDIA, porém, é um processo que exige a devida atenção, pois, o emprego de métodos errôneos ou inadequados vinculados a essas tecnologias podem ter efeito negativo na adesão terapêutica do grupo ao qual é empregada, diminuindo ou até mesmo inviabilizando o mesmo. Além do mais, tem-se observado que os profissionais de saúde pouco estão preparados para assumir a coordenação e interpretação de fenômenos grupais, seja por carência de atributos e habilidades ou por terem tido pouco contato com as tecnologias em saúde durante a graduação. No acompanhamento terapêutico de usuários diabéticos insulínica, por exemplo, a baixa adesão ao tratamento representa um grande desafio, sendo imperativo, portanto, a busca de estratégias de intervenção que visem minimizar a baixa adesão, em especial atividades de cunho educacional em saúde, voltadas para o enfrentamento dos diversos obstáculos enfrentados pelos usuários na condução da terapêutica insulínica em domicílio. Com vistas no estabelecimento de tais medidas interventivas, o projeto de extensão intitulado “Promoção de saberes sobre a insulino terapia subcutânea aos pacientes diabéticos da UBS do Guamá”, do Programa Navega Saberes/Infocentros da Universidade Federal do Pará, apresenta como um dos objetivos principais o desenvolvimento de atividades de educação em saúde junto aos pacientes diabéticos em tratamento insulínico assistidos na referida unidade de saúde a partir de tecnologias leve-duras adequadas, promovendo a saúde dos mesmos por agir diretamente nas lacunas que perpassam o tratamento e difundir conhecimentos relacionados aos procedimentos básicos para a auto administração de



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

insulina em domicílio e importância do seguimento terapêutico. As atividades do projeto são planejadas considerando a realidade dos usuários percebida através de uma escuta sensível, atentando às suas angústias, dúvidas e questionamentos para a formulação de intervenções. Objetivo: Descrever o protagonismo de acadêmicos de Enfermagem na condução de ações de educação em saúde junto a usuários diabéticos insulínodos dependentes com a utilização de tecnologias leves-duras em saúde. Descrição da experiência: A experiência em questão é resultante das atividades do projeto de extensão citado anteriormente, tendo esta acontecido entre os meses de agosto a dezembro de 2017, no decorrer do desenvolvimento das ações extensionistas de educação em saúde propostas pelo projeto, sendo estas realizadas na UBS do Guamá, localizada no município de Belém, Pará. A vivência possibilitou-nos maior contato com as mais variadas realidades inerentes ao cotidiano dos usuários atendidos pelo programa HIPERDIA, em especial os diabéticos que procediam ao tratamento através de insulino terapia em domicílio, público-alvo das atividades. O método de abordagem que escolhemos para atuar junto aos usuários participantes foi baseado na utilização de tecnologias leve-duras em saúde, voltadas para a promoção do autocuidado e protagonismo dos usuários no que diz respeito à sua própria saúde, oportunizando um espaço dialógico de compartilhamento de dúvidas e questionamentos sobre a auto administração de insulina subcutânea, a troca de experiências sobre esta modalidade de tratamento e a exposição dos principais obstáculos encontrados para o tratamento insulínico. Além do exposto, destacamos que as atividades foram baseadas segundo a metodologia ativa, a qual considera como viáveis novas formas de ensino-aprendizagem e de organização curricular na perspectiva de integrar teoria-prática, ensino-serviço, as disciplinas e as diferentes profissões da área da saúde, além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social. A questão preponderante para a escolha do método de abordagem aos usuários foi a possibilidade de fuga do padrão tradicional com o qual a educação em saúde é trabalhada na atenção primária. Procuramos, durante o contato com os usuários, utilizar de uma linguagem de fácil compreensão, clara e objetiva, com palavras que faziam parte do cotidiano dos usuários. Para tanto, assumimos, enquanto discentes-extensionistas, um papel de direcionadores e facilitadores das temáticas abordadas nas ações, intervindo com esclarecimentos e orientações, caso fossem necessários. Os principais direcionamentos voltaram-se para o entendimento facilitado sobre a doença, considerações a respeito da auto



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

administração da insulina e monitorização dos níveis glicêmicos. Os materiais que utilizamos para a realização das ações foram inteiramente de nossa autoria e confecção, sendo estes moldados para contemplar temáticas indispensáveis do diabetes mellitus e da terapêutica insulínica, dentre as quais podemos citar: O que é diabetes?; Sinais e sintomas do diabetes; Como prevenir agravos relacionados ao diabetes; Adesão ao tratamento; Insulinoterapia (técnica de administração subcutânea, principais áreas de aplicação, importância do rodízio terapêutico e descarte adequado dos insumos) e monitorização dos níveis glicêmicos. Os materiais produzidos foram: Flipchart, enfatizando conceitos a partir de palavras e imagens-chaves envolvidas no tratamento, utilizado para dar início às ações, para deter a atenção dos usuários; Boneco de pano evidenciando as principais áreas de possível auto-administração de insulina, de grande relevância no momento prático ofertado aos usuários; Jogo de Mitos & Verdades sobre a insulinoterapia, com a utilização de placas-respostas, por meio do qual os usuários tinham a opção de desmistificar crenças sobre a doença e a terapêutica, bem como manifestar suas dúvidas. Representava também um momento de avaliação do método empregado; uma cartilha desenvolvida com orientações básicas sobre diabetes e insulinoterapia, evidenciando aspectos indispensáveis sobre a técnica de administração subcutânea, rodízio de aplicações e monitorização glicêmica, com espaços para anotações importantes; e insumos utilizados na autoaplicação para um momento prático. Todas as ações duraram em média uma hora e meia, com característica quinzenal, e foram amparadas pela coordenação da enfermeira-docente responsável pelo projeto. Resultados: A vivência proporcionou-nos, enquanto acadêmicos, maiores conhecimentos sobre realidade dos usuários insulino-dependentes, em especial no que se refere às dificuldades frente à terapêutica. A ação proposta recebeu de forma satisfatória pelos usuários, sendo essa receptividade percebida pela forma em que o método foi acolhido, com total interesse do público-alvo pela temática em questão, tão próxima da realidade diária dos mesmos. Percebemos a participação efetiva dos usuários, compartilhando saberes, sanando dúvidas e curiosidades no decorrer da conversa, expondo suas experiências subjetivas. A possibilidade de intervir na realidade com o uso da educação em saúde representou um grande aprendizado não contemplado pelo currículo da graduação. A experiência foi também eficaz ao reafirmar a importância da assistência de enfermagem, com ênfase no autocuidado, como uma alternativa encontrada para viabilizar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e reduzir os elevados encargos à família, à sociedade e ao sistema público



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

de saúde. Considerações finais: Percebemos com a vivência a essencialidade da educação terapêutica na atenção primária, cabendo aos profissionais de saúde a adoção de atividades educativas em grupo para evidenciar os programas de atenção integral, sendo possível por meio destas construir alternativas, transformar comportamentos desfavoráveis à saúde e apoiar o fortalecimento de atitudes saudáveis, a fim de que seja possível uma verdadeira adesão ao tratamento insulínico, controle glicêmico e redução da incidência de possíveis complicações decorrentes do diabetes mellitus.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Assistência de Enfermagem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RISCOS DE CONTÁGIO DE TUBERCULOSE OCUPACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rebeca Arce Guilherme, Leandro Michel Afonso, Leandro Michel Afonso, Ellen Cristine de Oliveira Silveira, Ellen Cristine de Oliveira Silveira, Maria Eduarda Leão de Farias, Maria Eduarda Leão de Farias, Bianca Albuquerque Castro, Bianca Albuquerque Castro, Ana Carolina Scarpel Moncaio, Ana Carolina Scarpel Moncaio

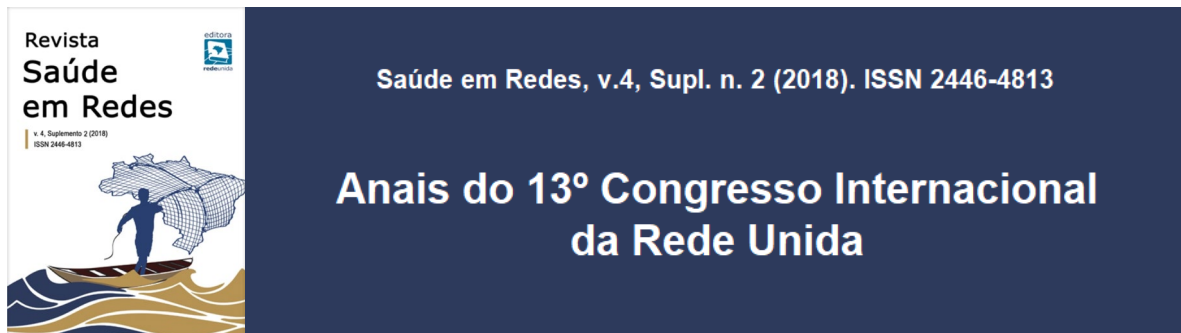
APRESENTAÇÃO: A tuberculose é um problema de ordem mundial, atingindo principalmente os países em desenvolvimento, levando de 1,2 a 1,5 milhões de mortes ao ano. Mesmo sendo uma doença que requer de um diagnóstico, tratamento e acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, a Atenção Terciária ainda acaba sendo a porta de entrada de muitos pacientes bacilíferos ou sintomáticos respiratórios, ou seja, em plena fase de transmissão da doença. A existência da tuberculose nosocomial não é algo novo, este assunto vem sendo levantado desde a década de 80 e, vem se tornando preocupante a cada ano, principalmente com o aumento das coinfeções por HIV, aparecimento da tuberculose multirresistente e, observa-se que a falta de estudos direcionados ao assunto é alarmante, visto que, comprovadamente os profissionais de saúde mais especificamente da área de enfermagem estão 20 vezes mais suscetíveis a desenvolver a doença do que o restante da população, principalmente em países que apresentam altos índices epidemiológicos da tuberculose, como o Brasil. Outro fator contribuinte do cenário epidemiológico da tuberculose ocupacional é o atraso no diagnóstico da doença ou mesmo na hipótese diagnóstica da mesma, principalmente no ambiente hospitalar, atrasando as iniciativas de medidas preventivas e biossegurança, aumentando assim, o risco e tempo de exposição dos trabalhadores ao agente causador da doença. Componentes de ordem estrutural também são elementos de agravamento do cenário e, é comum a inexistência de exaustores específicos para o manejo correto dos pacientes em isolamento em tratamento intra-hospitalar. **OBJETIVO:** Revisar a literatura científica nacional e internacional sobre a tuberculose ocupacional intra-hospitalar e a existência de medidas preventivas na Atenção Terciária. **DESENVOLVIMENTO:** Tratou-se de uma Revisão Integrativa da Literatura com a seguinte questão norteadora: “Qual a produção científica sobre a tuberculose ocupacional em âmbito hospitalar e qual a existência de recomendações de prevenção dentro dos hospitais?”. Utilizou-se a base de dados LILACS



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

e, para a seleção dos artigos consultou-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo utilizados: tuberculose pulmonar, risco ocupacional, prevenção e controle e, seus correspondentes no idioma inglês, com operador booleano “and”. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem a temática da tuberculose pulmonar, riscos ocupacionais na área da saúde, prevenção e controle da TB em âmbito hospitalar, nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol, dos últimos cinco anos, e os de exclusão foram artigos referentes à TB extra pulmonar e com enfoque nos pacientes, além dos artigos não disponíveis na íntegra e publicações secundárias. RESULTADOS: A amostra final resultou em oito artigos originais, sendo todos correspondentes à base de dados LILACS. Os artigos foram divididos em duas categorias temáticas: “contágio por tuberculose ocupacional em unidades de atendimento hospitalar” e “recomendações de prevenção da tuberculose adotadas por unidades hospitalares”. Destaca-se a escassez de produções científicas atuais quando se fala em perfil epidemiológico dos profissionais afetados, visto que a tuberculose continua sendo uma doença negligenciada, em especial quando acomete os trabalhadores de saúde. Em um estudo descritivo e retrospectivo de 2002 a 2006, foram notificados 25 casos de TB nosocomial em um Hospital Universitário, sendo 32% técnicos de enfermagem, 16% médicos e 12% enfermeiros. Dos casos reportados, 96% foram constatados como sendo casos novos e apenas 4% como reincidência. O teste de sorologia para HIV foi realizado apenas em 84% dos trabalhadores, sendo 9,5% positivos para o vírus. Foi afirmado por 33% dos profissionais o contato prévio com pacientes sintomáticos respiratórios em ambiente hospitalar e apenas 1,5% tendo contatos na comunidade. A partir da análise das produções, pode-se observar a maior prevalência da transmissão entre os profissionais de enfermagem e medicina, respectivamente e diversos aspectos podem ser considerados com estes achados, tais como o maior tempo de exposição ao agente devido a uma maior aproximação com os pacientes em unidades hospitalares, o manejo correto dos pacientes e principalmente, o uso ativo ou não das medidas de biossegurança. Um estudo realizado em 2014 com 13 instituições de diversos estados brasileiros observou que apenas 46,2% das unidades realizavam capacitação dos profissionais acerca das medidas de prevenção da tuberculose. Em 53% das instituições foi afirmada a existência de exaustores HEPA em locais adequados. Com relação a precauções por aerossóis, 100% das instituições afirmaram disponibilizar máscaras N95 para seus funcionários, em contrapartida, 92,3% confirmaram fazer uso da reutilização das mesmas. Com relação a exames periódicos de teste tuberculínico em seus



profissionais, 62,9% das instituições afirmaram não o realizar. Uma pesquisa quase-experimental realizada em um hospital brasileiro observou que há lacunas relacionadas aos conhecimentos acerca da tuberculose em todas as categorias profissionais, principalmente em tomadas de decisão na prática hospitalar e concluiu, após intervenções educativas, que medidas simples como distribuição de panfletos informativos e discussão de caso-problema se tornam muito efetivas na disseminação do conhecimento e obtiveram interesse significativo pela população alvo do estudo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observou-se que as ações de prevenção e controle tomadas por algumas instituições brasileiras estão caminhando para uma maior preocupação com a disseminação da tuberculose ocupacional, mas essas medidas ainda não são suficientes e possuem pontos a serem trabalhados, como a capacitação dos profissionais que não é realizada na maioria das unidades pesquisada bem como no melhoramento de estratégias já implantadas, visto que quase 70% das unidades afirmaram possuir projetos relacionados à tuberculose. Ainda assim, a maior fragilidade é relacionada à questão da infraestrutura da unidade, algo que requer mais tempo e investimento. Além disso, é necessário mais do que uma comoção somente institucional, como também ações individuais ativas por parte de todos os profissionais de saúde. O índice de contágio por tuberculose intra-hospitalar, como se pode observar, é multifatorial e pode sofrer mudanças devido ao cenário epidemiológico de cada região. Quando consideramos o Brasil como uma área endêmica, observamos a necessidade de ações conjuntas pessoais, institucionais e governamentais, visto que mesmo sendo preconizada a formação de comissões de biossegurança relacionadas à tuberculose em todas as instituições que prestam serviços de saúde, ainda não existem normas regulamentadas que orientem e direcionem os gestores quanto a esta temática na Atenção Terciária.

Palavras-chave: tuberculose pulmonar, risco ocupacional, prevenção e controle



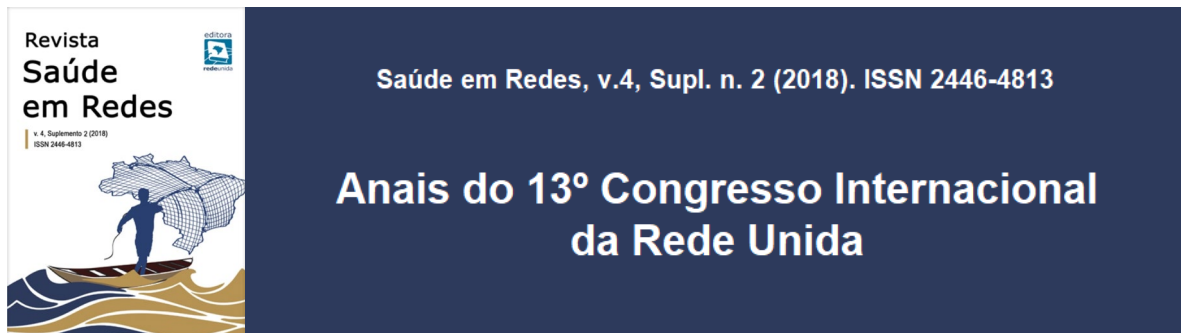
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

COMPORTAMENTO E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Ellen Cristine De Oliveira Silveira, Rebeca Arce Guilherme, Felipe Lima Santos, Maria Eduarda Leao Farias, Ana Carolina Scarpel Moncaio

APRESENTAÇÃO: As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde são uma das causas de morte em pacientes hospitalizados e, suas taxas representam cerca de 15% dos pacientes no Brasil e 10% nos Estados Unidos da América e Europa. Neste sentido, como as mãos constituem a principal instrumento de trabalho dos profissionais que realizam atividades nos serviços de saúde, a proteção do paciente está diretamente ligada a adesão aos protocolos de higienização das mãos, que é um procedimento pessoal, técnico, elementar e válido na prevenção e controle de infecções causadas por mãos contaminadas durante à assistência ao paciente. A probabilidade de transmissão de microrganismos pelas mãos dos profissionais da área da saúde, a eficácia da higienização das mãos e, ainda, a redução das taxas de infecção após a adoção dessas medidas tem sido registrada, no entanto, ainda é verificado um distanciamento entre a teoria e a prática, uma vez que as taxas de adesão à higienização das mãos permanecem baixas, tanto nacionalmente quanto internacionalmente e, raramente ultrapassam 40%, o que reflete o comportamento ineficaz dos profissionais sobre a execução desse procedimento. A Organização Mundial de Saúde preconiza que a prática de higienização das mãos é necessária em cinco momentos: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluídos corporais, após contato com o paciente e após áreas próximas ao paciente. O ser humano é influenciado a partir de fatores pessoais, comportamentais e ambientais, a forma com que o ele aceita essa interferência irá intervir no seu comportamento futuro. Essa influência pode ser vista em alguns momentos, como quando o indivíduo não precisa realizar uma ação para adquirir experiência, mas por meio da análise de situações ocorridas, podem alterar a forma de executar atividades. A autoeficácia é o julgamento que a pessoa faz sobre suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desempenho, trabalhando as percepções que os indivíduos têm sobre suas próprias capacidades, fazendo com que o indivíduo exerça sua competência pessoal, entrando como base para motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais. **OBJETIVO:** Analisar a



literatura científica nacional e internacional sobre o conhecimento e adesão dos profissionais da área da saúde sobre a higienização das mãos. **DESENVOLVIMENTO:** Tratou-se de uma Revisão Integrativa da literatura com a seguinte questão norteadora: “qual a produção científica nacional e internacional frente ao comportamento dos profissionais da área da saúde sobre a higienização das mãos?” Foram utilizadas as bases de dados: LILAC, PubMed e MEDLINE. Para a seleção dos artigos consultou-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo utilizados: higiene das mãos, profissionais, autoeficácia e comportamento e, seus correspondentes no idioma inglês, com operador booleano “and”. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem a temática sobre o conhecimento e adesão dos profissionais, nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol, dos últimos cinco anos, e os de exclusão foram artigos não disponíveis na íntegra, com abordagem de outros fatores, microbiologia e, publicações secundárias. **RESULTADOS:** A amostra final resultou em sete artigos originais, sendo respectivamente, dois da base de dados LILACS e cinco das bases de dados PubMed/MEDLINE. Os artigos foram categorizados em duas temáticas: “Comportamento dos profissionais frente à higienização das mãos” e “Intervenção e adesão à higienização das mãos”. O conhecimento dos profissionais em relação aos momentos que devem lavar as mãos ainda é limitado, por exemplo, para alguns a técnica não se fazia tão necessária se os mesmos estivessem usando luvas de procedimento ou, quando antes e depois de irem até o paciente. Em relação a execução do procedimento, os profissionais conseguem realizar a higienização das mãos, porém alguns alegam que a ausência de tempo e profissionais no ambiente de trabalho faz com que os mesmos esqueçam de lavar as mãos nos momentos certos, as distrações e interrupções prejudicam a atenção do profissional e influenciam na execução dessa técnica, a tomada de decisão por parte da equipe de realizar o procedimento também interfere. Algumas intervenções como educação em saúde e palestras sobre a importância da realização da higienização das mãos melhoram à sua adesão, porém a mesma é difícil de ser sustentada por um período permanente, por isso os estudos afirmam que uma teoria que estuda o comportamento dos profissionais da área da saúde pode ser uma intervenção otimamente eficaz. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os artigos estudados concluíram que as intervenções utilizadas com os profissionais buscando a implementação e eficácia à higienização das mãos só conseguiram uma alta adesão quando foram empregadas intervenções utilizando como base as teorias comportamentais. Outro fator relevante é a carga de trabalho elevada para os profissionais que prejudica o tempo que

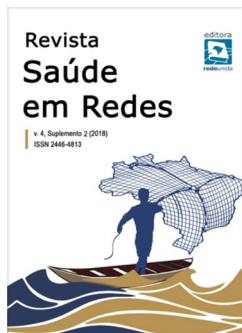


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

os mesmos têm de realizar adequadamente suas atividades incluindo a higiene das mãos, uma realidade que deve ser vista por parte da diretoria do hospital se visam à baixa nas taxas de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Além disso, nas pesquisas com os profissionais os entrevistadores perceberam que por vergonha ou por serem de repente denegridos profissionalmente, os trabalhadores não respondiam sinceramente os questionamentos feitos em relação à higienização das mãos. Alguns requisitos como memória, atenção, tomada de decisão e conhecimento estão como os fatores mais comumente ligados ao não cumprimento desse procedimento. Muitas intervenções para melhorar o procedimento basearam-se na suposição de que limpar as mãos é uma consciência racional ligada ao comportamento. No entanto algumas pesquisas sugerem que devido a natureza dinâmica do papel dos profissionais de saúde, que pode ser caracterizado por múltiplas exigências, exigindo priorização de tarefa, que, por sua vez, coloca pressão sobre a atenção deles prejudica na realização da higienização das mãos. Os profissionais de saúde também relataram confusão sobre quando limpar as mãos, apesar da presença de diretrizes simples, amplamente disponíveis, como "5 momentos para a higienização das mãos" da OMS, o treinamento para sua realização nem sempre foi efetivo. Os cinco momentos podem ser desafiadores e, as intervenções educacionais por si só podem não ser eficazes. Isso consiste com as descobertas dos estudos onde os trabalhadores da área da saúde, que precisam limpar suas mãos muitas vezes por dia, estão sujeitas a distrações frequentes, de modo consistente, lembrando que é um desafio e algo que deve ser sempre lembrado e não menosprezado. Tomado como um todo, os estudos sugerem que intervenções efetivas devem focar em segmentação automática e associativa ao procedimento, abrangendo também um bom conhecimento, permitindo assim que os trabalhadores de saúde identifiquem os momentos para higienização das mãos e para realizá-la será necessário um comportamento de rotina.

Palavras-chave: Higiene das Mãos; Profissionais; Autoeficácia; Comportamento



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ESTRATÉGIA DE INTERSETORIALIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DOS ESTUDANTES.

Pettra Matos, Amanda Medeiros, Andrea Marassi, Dimitra Castelo, Liliane Nascimento, Alessandra tavares

Introdução: O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e da Educação, instituído em 2007, por decreto presidencial, tendo como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde; sendo seus principais objetivos: promover a saúde e a cultura da paz; articular as ações da rede pública de saúde e de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos e para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo. Em seu artigo 4º, o decreto cita as ações de saúde previstas no âmbito do PSE, e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. A relação entre os setores de Educação e Saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas por serem baseados na universalização de direitos fundamentais. A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde; principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, tornando os escolares melhor capacitados para escolhas mais saudáveis. Objetivos: Apresentar relato de experiência de cirurgiões-dentistas discentes do Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará no Programa Saúde da Escola, narrando as atividades intersetoriais de educação e de saúde realizadas em uma escola da rede estadual de ensino. Descrição da Experiência: As atividades foram desenvolvidas na E.E.E.F Nova Águas Lindas, no município de Ananindeua-PA; visando



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

sensibilizar os escolares às condições de saúde e qualidade de vida, e os tornarem multiplicadores dos conhecimentos adquiridos ao seu ambiente familiar e de sua comunidade. O público-alvo foram os estudantes do 1º ao 9º ano, sendo crianças com faixa etária de 6 a 9 anos e pré-adolescente de 10 a 15 anos. As atividades foram desenvolvidas em equipe multiprofissional (cirurgiãs-dentista, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais). Realizou-se reunião com a coordenação, corpo docente e pais/responsáveis, para explicar o objetivo das atividades e ouvi-los quanto às temáticas mais observadas nos escolares. As atividades foram aplicadas todas as terças-feiras pela manhã de março à junho de 2017, nas salas de aula ou hall da escola. Para os alunos do 1º ano, abordou-se o tema de higiene oral com o uso de recurso de vídeo educativo e dinâmica de aprendizado através do jogo da batata quente; no qual as crianças discorreram sobre o tema. Com os alunos do 2º ano trabalhou-se a reflexão da educação no cotidiano para a formação profissional, onde a turma foi organizada em grupos; onde um aluno representante de cada grupo recebeu uma profissão para expressá-la corporalmente, para o restante do grupo então descobrir qual a profissão desenvolvida. O objetivo foi favorecer a interação grupal e estimular a criatividade e a reflexão da educação no cotidiano para formação de futuros profissionais. Aos alunos do 3º ano foi abordado o tema de higiene geral com o objetivo de estimular nos alunos a importância de hábitos de higiene geral e a sua incorporação no seu dia-a-dia. Nesse intuito, foram realizadas dramatizações de comportamentos com hábitos de higiene e de falta de higiene; onde os alunos tiveram que julgar sobre tais comportamentos e fazer referência ao ato certo ou errado; promovendo neles a capacidade de reconhecer e absorver a importância de hábitos de higiene para a saúde geral. Com os alunos do 4º e 5º ano, foi lidado com o tema respeito e desrespeito com o objetivo de estimular nos alunos a importância de um bom relacionamento com a família, a escola, a comunidade que vivem e com o meio ambiente; sensibilizando a socialização e a integração grupal. Para isso, foi realizado uma interação onde os alunos reconheceram atitudes consideradas respeitadas e desrespeitadas e montaram um mural para exposição na sala de aula. Os alunos do 6º ao 9º ano debateram sobre respeito às adversidades e bullying; no propósito de reconhecer atitudes de violência física e psicológica, e favorecer uma reflexão e adoção de comportamentos favoráveis a uma melhor integração social. Para tal utilizou-se recurso de vídeo educativo e trabalhou-se situações-problemas; onde os alunos foram organizados em grupos para discussão, identificando o problema e buscando possíveis alternativas para sua prevenção e resolução. Com essas turmas,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

solicitou-se a presença dos responsáveis para a execução das atividades em conjunto; visto que a temática preconceito/bullying muitas vezes é proveniente do ambiente familiar ou de residência; porém, poucos responsáveis estiveram presentes. Resultados: Durante a execução das atividades, se observou os escolares bastante envolvidos e interessados em adquirir novos conhecimentos; relatando em muitas ocasiões, que seus pais não os ensinavam em casa sobre determinados pontos abordados; demonstrando que é um desafio estabelecer que os conhecimentos adquiridos sejam perpetuados pelos familiares. Outro desafio muito observado é a questão de vulnerabilidade social na qual esses escolares se encontram envolvida, visto que residem e convivem em comunidade de fragilidade material e moral; contribuindo na maioria das vezes, a não favorecer a importância da educação e da saúde, principalmente o autocuidado. Ainda se observou a falta de coparticipação de alguns professores, que não manifestaram interesse em participar da realização das atividades e deixando a notar que seu compromisso é apenas em repassar o conteúdo didático das disciplinas; sem engajamento com a formação do cidadão e com as ações da política do Programa Saúde na Escola. Considerações Finais: A educação em saúde é traduzida em mudança de hábitos e comportamentos, que devem ser incentivados em todos os momentos da vida e em todos os setores. Nesse contexto se faz muito importante a intersetorialidade das ações de educação e saúde, através do Programa Saúde na Escola, contribuindo para a valorização da promoção e prevenção da saúde de maneira integral; visto que a importância da educação no processo de transformação social e sua relação com a área da saúde, onde o conhecimento de ambas as áreas se integram, pode promover mudanças na vida dos indivíduos e de uma sociedade.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Programa Saúde na Escola



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

“JURUJUBA- QUEM AMA CUIDA-SUA AÇÃO É A SOLUÇÃO: UMA PROPOSTA DE AÇÕES CONJUNTAS ENTRE A EQUIPE DA ESF, COMUNIDADE E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Vilma Vieira Silva, Tatiane Santos Pereira, Barbara Lima, Rosemeri Santos, Juliana Gregório, Ana Clementina Vieira Almeida, Lucia Mourão

Apresentando do que se trata o trabalho e o objetivo

O PROJETO “Jurujuba- Quem ama cuida-Sua ação é a solução”, nasceu dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Médico de Família de Jurujuba, com a observação de acúmulo de Resíduos Sólidos Urbanos (RDU) no território de modo inadequado promovendo risco a saúde. Busca-se a parceria com a Administração Regional de Jurujuba e apoio de todos os setores prefeitura, igreja, escolas, comerciantes, projetos esportivos, associações e Fiocruz.

Objetivo Geral: Sensibilizar a comunidade sobre o descarte dos Resíduos Sólido Urbanos (RSU).

Objetivo Específicos:

Realizar uma ação intersetorial na comunidade;

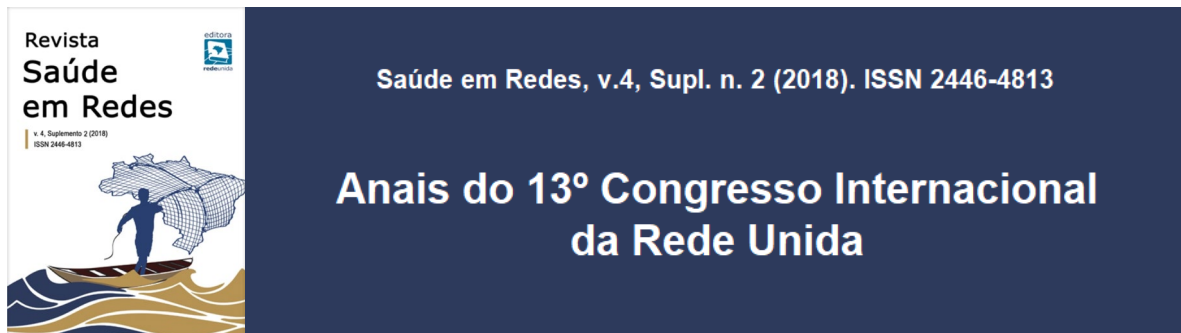
Promover saúde com a retirada de RSU;

Despertar nas pessoas a vontade e a necessidade de limpeza nas proximidades da residência;

Transformar Jurujuba num bairro modelo onde todos os moradores possam sentir melhoria da qualidade de vida;

Desenvolvimento do trabalho, descrição da experiência

Foram necessários de cinco a seis encontros com os envolvidos na ação intersetorial para planejamento estratégico e definições de cada contribuição da instituição dentro do projeto, nomeando cada responsável e suas funções: como assessoria de imprensa, artes, fotografo, publicação, galhardetes, logística, apoio de lanches, tendas, base de infra-estrutura, camisas, mudas de plantas, coleta de lixo eletrônico, coleta de lixo doméstico, óleo de cozinha, material



reciclado. A divulgação do projeto foi realizada pelos ACS na comunidade contando com a colaboração de professores nas escolas, de projetos esportivos, de escoteiros, e também utilizou-se a distribuição de folders, panfletos, adesivos, convites e até a sala de espera da unidade de saúde da Estratégia de Saúde da Família para a divulgação do projeto. Metodologia A comunidade do Peixe Galo e Salinas, situado em Jurujuba, fazendo parte do setor 033 do Médico de Família de Niterói / Rio de Janeiro, foi a escolhida para o desenvolvimento do projeto. Esta escolha veio por indicação dos ACS, em decorrência da vulnerabilidade social e de saúde provocada pelos descartes inadequados dos RSU. Para que a população pudesse acompanhar o desenvolvimento das atividades realizadas pela comunidade e pelos ACS, o local foi fotografado antes e após o desenvolvimento das ações tendo a duração de um sábado e durante a semana seguinte sala de espera na unidade e nas escolas as professoras realizaram abordagem com os alunos do significado da ação na comunidade. Com as fotos foi possível produzir vários Banners que foram expostos na recepção da unidade de saúde que permanecem até hoje.. Outra ação bastante importante, que mobilizou de maneira positiva toda a comunidade e o ambiente, Foi a distribuição de mudas de plantas, para cada descarte que era realizado de maneira correta.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS

A ação foi bem aceita e elogiada pela comunidade, mas ficou clara a resistência de uma minoria;

A comunidade com a ação percebeu a necessidade de cuidar de seu território, devido a quantidade encontrada de roedores, insetos e resíduos jogados aleatoriamente na comunidade;

Conquistamos parceria com o late Clube Jurujuba para permissão da entrada do caminhão da Clin para retirada dos RSU da encosta;

Por ser uma comunidade montanhosa, temos como desafio o risco desses RSU em suas descida de paredões e vãos livres, expondo as pessoas a acidentes evitáveis, necessitando que sua limpeza seja feita por trabalhadores da Clin trinados em de Rapel;

Os ACS após essa ação considerou que seu trabalho se tornou mais prazeroso e com menos exposição de risco a sua saúde e da comunidade, ganhando credibilidade no território e fortalecendo o vínculo.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Durante a elaboração do Projeto “Jurujuba- Quem ama cuida-Sua ação é a solução”, constatamos que foi possível sensibilizar a maioria da comunidade sobre a necessidade do descarte correto dos resíduos sólidos urbanos, como maneira de melhorar as condições de saúde da população. A diminuição dos casos de arboviroses, veio comprovar a eficácia das ações de moradores e ACS.

O projeto abriu espaço para que todos os envolvidos pudessem vivenciar a intersetorialidade, revelando que esta diretriz do Sistema Único de Saúde, favorece mudanças na realidade, ampliando os espaços de planejamento e execução de ações que vieram refletir de maneira positiva na saúde e no meio ambiente daquele território. Os resultados do projeto, revelaram que o mesmo conseguiu despertar nos moradores a vontade e a necessidade de limpeza nas proximidades das residências dos moradores. Entende-se que apesar dos resultados positivos deste projeto, colocam-se alguns desafios. O primeiro é continuar sensibilizando a comunidade para o descarte correto do resíduo sólido urbano. O segundo é que este projeto possa ser replicado em mais setores onde o descarte de resíduos sólidos seja realizado de maneira inadequada. O que se pretende é que o bairro de Jurujuba venha se constituir em um modelo para outros bairros a partir da percepção dos moradores e de moradores de outros bairros das mudanças que ocorreram na sua qualidade de vida;

Palavras-chave: Resíduo Sólido Urbano, Agente Comunitário de Saúde, Intersetorial



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA GINECOMASTIA RESULTANTE DE HORMONIOTERAPIA ANTI-NEOPLÁSICA PROSTÁTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Jamil Michel Miranda do Vale, Érika de Cássia Lima Xavier Barros, Maria Margarida Costa de Carvalho, Sandra Suely Oliveira

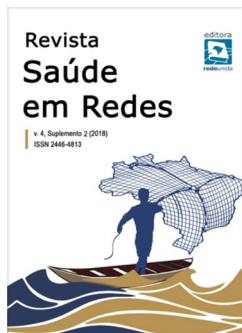
Apresentação: As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (2017), para o biênio 2016/2017, são de 61.200 novos casos de câncer de próstata, apesar de sua elevada incidência, se descoberto precocemente possui altas taxas de cura. Neste sentido, no que concerne ao tratamento, a realização do exame do antígeno prostático específico (PSA) contribuiu para a redução dos casos. Concomitante, variados estudos corroboram que pacientes com neoplasia de próstata localmente avançada classificados como alto risco apresentam benefício de sobrevida quando submetidos a hormonioterapia (HT) de longo curso (24 a 36 meses) associada a radioterapia (RT) (HORWITZ et al., 2001; HANKS et al., 2003). Contudo, os efeitos colaterais mais freqüentemente relatados pelos doentes foram ginecomastia (50%) e algia mamária (40%), enquanto naqueles submetidos à castração cirúrgica ou hormonal o desinteresse sexual, fraqueza muscular, ondas de calor e maior tendência à osteoporose e estados depressivos foram os achados mais evidentes. As fraturas secundárias à osteoporose, nesse último grupo, são expressivamente mais frequentes (SEE et al., 2002). A ginecomastia corresponde a proliferação benigna de tecido glandular mamário, no campo da urologia, em especial pacientes com câncer de próstata e tratamento hormonal estão associados a uma prevalência de 15% no caso de bloqueio hormonal completo e 75% em monoterapia (ATLAS DA SAÚDE, 2017). Diante disto, pretende-se relatar o manejo terapêutico de paciente com ginecomastia proveniente de terapia de combate a câncer de próstata. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência de natureza exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A experiência ocorreu em um Hospital de referência em Oncologia, no município de Belém, Estado do Pará, no segundo semestre de 2017, no acompanhamento de um paciente acometido por neoplasia prostática. R.O.F., 66 anos, alfabetizado, agricultor, divorciado, 5 filhos. Um caso de câncer na família ocorrido com sua irmã. Nega HAS e DM ou demais patologias. Nega alergias a medicamentos ou alimentos e vícios. Em 2004, apresentou quadro de prostatismo leve e nictúria há aproximadamente 27 dias. Realizou PSA com resultado de 31,6. Em fevereiro de 2005 por



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

meio de biopsia prostática foi diagnosticado com Adenocarcinoma. Exame de Cintilografia não revelou metástases. Tratamento de escolha após radioterapia: 40 aplicações. Após sessões de radioterapia iniciado Zoladexde 3 em 3 meses. Em 2008, apresentou ginecomastia à Esquerda e impotência. Em 2011, solicitado castração, porém paciente resistente ao procedimento.Reicidivando doença, em 2014, PSA 19ng/mL, iniciado uso detamoxifeno. Em 2017, indicado radioterapia para mama realizando 10 sessões e segue em controle fazendo uso da bicalutamida. Resultados: Após descoberta de câncer de próstata o tratamento de escolha seria a prostatectomia, ou segundo Comitê Brasileiro de Estudos em Uro-Oncologia (CoBEU) a terapia hormonal adjuvante (THA) associado a radioterapia em câncer de próstata clinicamente localizado ou localmente avançado. Assim o esquema indicado seria o uso de HormônioLiberador doHormônioLuteinizante (LHRH), com início no 1º dia de radioterapia, continuando até o 3º ano (CoBEU, 2002). Todavia,o paciente se manteve resistente ao procedimento sendoindicado terapia hormonal como Zoladexcom início, somente 10 dias após finalização de radioterapia devido o uso dessa medicação estar associado com aumento transitório do tumor, podendo alterar o campo do tratamento.O bloqueio da via de produção da testosterona, em suas diferentes etapas, é o alvo principal da hormonioterapia para o tratamento do câncer de próstata, a denominada terapia de deprivação androgênica ou “castração”, que pode ser medicamentosa ou cirúrgica (orquiectomia bilateral) (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2017). Em 2006 apresentou quadro de fraqueza, falta de apetite, dor abdominal e ondas de calor após Zoladex, impotência, nictúria e constipação intestinal, sendo suspenso medicação devido solicitação do paciente no período de 2005 a 2007 e PSA com níveis0,02.Há não adesão a castração cirúrgica e suspensão de tratamento hormonal, trouxe como consequências arecidiva da doença com presença de ginecomastia, paciente segue em acompanhamento ambulatorial. Considerações finais: Portanto, embora todos os recursos tenham sido utilizados para controle da doença, ainda é possível esbarrar na questão cultural como fator para não adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito à virilidade do homem e ainda com o surgimento da ginecomastia que reforça o desconforto com sua auto-imagem. Por outro lado, apesar de a terapia hormonal poder melhorar os resultados terapêuticos do câncer depróstata, ela aumenta efeitos colaterais, uma vez que o mecanismo sinérgico da HT a RT ainda não ecompletamente compreendido (FRANCO; SOUHAMI, 2015), fazendo-



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

se necessário um olhar integral sobre os riscos e benefícios relacionados a terapia empregada.

REFERÊNCIAS:

ATLAS DA SAÚDE. Ginecomastia. 2017. Disponível em: <<http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/aumento-do-tecido-mamario-afeta-entre-40-65-dos-homens-apos-os-50>>. Acesso em: 20nov. 2017.

COMITÊ BRASILEIRO DE ESTUDOS EM URO-ONCOLOGIA (CoBEU). Uso e Indicações de Bloqueadores Hormonais no Câncer de Próstata. 2002. Disponível em: <<http://www.evidencias.com.br/pdf/publicacoes/1b6efa88ce1b2ce4283f7dd5f3204694.pdf>>. Acesso em: 20nov. 2017.

FRANCO, R. C.; SOUHAMI, L. Radioterapia e Hormonioterapia no Câncer de Próstata de Risco Intermediário: uma Revisão Crítica. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 61, n. 2, p. 155-163, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/10-revisao-de-literatura-radioterapia-e-hormonioterapia-no-cancer-de-prostata-de-risco-intermediario-uma-revisao-critica.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2017.

HANKS, G. E. et al. RTOG 92-02: A phase III trial of the use of long-term total androgen suppression following neoadjuvant hormonal cytoreduction and radiotherapy in locally advanced carcinoma of the prostate. J Clin Oncol, v. 21, n. 21, p. 3972-8, 2003.

HORWITZ, E. M. et al. Subset analysis of RTOG 85-31 and 86-10 indicates an advantage for long term vs. short-term adjuvant hormones for patients with locally advanced prostate cancer treated with radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys, v. 49, n. 4, p. 947-56, 2001.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Oncologia: Hormonioterapia no câncer de próstata. Disponível em: <<https://www.einstein.br/especialidades/oncologia/exames-tratamentos/hormonioterapia-cancer-prostata>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata; Radioterapia; Terapia Combinada



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL DE GESTAÇÕES E PARTOS REALIZADOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL

Davisson Michetti de Oliveira, Kátia Fernanda Alves Moreira, Lerissa Nauana Ferreira, Nayra Carla de Melo

Introdução: No Brasil, o modelo de assistência ao parto sofreu forte influência do modelo americano, que se caracterizava pela criação e utilização de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções, preocupação maior com patologias e a assistência condicionada a facilitar o serviço do profissional. Ao longo da evolução histórica, o parto abdominal apresentou diversas mudanças corretivas com os aperfeiçoamentos da tecnologia e a modernização da cultura dos povos. Novos hábitos foram observados e incorporados com o passar dos anos, proporcionando um avanço na história da cesariana. Se por um lado a cesárea realizada por razões obstétricas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade do binômio, por outro, o exagero na sua realização tem efeito oposto. Sua institucionalização trouxe a medicalização do parto. Na década de 90, o Brasil viveu o auge desse modelo intervencionista, sendo eleito o país com maior taxa de cesárea do mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), contendo oito objetivos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida. O objetivo cinco visava melhorar a saúde materna, de acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, divulgado pela ONU, o mundo não alcançou este objetivo. No Brasil, de 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde; e por volta de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais. Contudo, a razão de óbitos maternos ainda permanece acima da meta estipulada para 2015 de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Considerando o alto índice de mortalidade materna e infantil no Brasil e levando em consideração o compromisso internacional de cumprimento dos ODM, o Brasil, por meio da Portaria Nº1459/2011, instituiu a Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando à mulher direitos desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, incluindo à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Uma das



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que no máximo 15% do total de partos sejam cesáreas, limitando-se a situações de risco tanto da mãe quanto da criança. Entretanto a pesquisa Nascer no Brasil, coordenada pela Fiocruz, revela que este procedimento cirúrgico foi realizado em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o valor foi de 88% em 2010. Tendo conhecimento desta realidade e intuito de contribuir para a redução nos números de cesarianas, surgiu o interesse em realizar esse estudo no município de Porto Velho. O perfil traçado sobre as mães assistidas no município durante o parto poderá contribuir para a elaboração de políticas voltadas para a redução do parto cesáreo e um melhor atendimento as gestantes. Objetivo: Caracterizar as mães e os tipos de partos realizados em hospitais públicos em Porto Velho-RO, no período de 2011 a 2015. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, de base populacional, acessado a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2011 a 2015. Disponibilizado pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (DVEA) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA). Os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta especificamente elaborado para a pesquisa. A partir dos dados coletados foi feita uma análise estatística descritiva simples para descrição da prevalência dos tipos de parto, do perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres e das condições de nascimento das crianças. Foram excluídos todos os casos em que a expulsão fetal ocorreu antes de 22 semanas de gestação, além dos conceitos com menos de 500g e os casos em que a via de nascimento não foi informada. O presente plano de trabalho vinculado ao subprojeto “Morbidades em Porto Velho” é constitutivo do projeto matriz intitulado “Estudo sobre morbidades em Rondônia”. Foram considerados os aspectos éticos apontados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, em que o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR, tendo parecer favorável, registrado pela CAAE 46586315.9.0000.5300 CEP/UNIR e Parecer número 1.205.923. Resultados: No quinquênio foi estudado houve 31636 casos de nascimentos em Hospitais Públicos no município de Porto Velho, em que 59,3% dos nascimentos foram por via vaginal, enquanto 40,7% por via cirúrgica. Ao observar a faixa etária notou-se predomínio de mulheres entre 20-29 anos (53,4%), pardas (82,3%), com 8-11 anos de escolaridade (50,3%). Quanto a situação conjugal, 51,9% das mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal estavam em união estável, enquanto 45,2% das

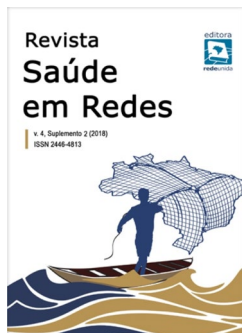


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

mulheres submetidas à cesariana eram solteiras. Quanto às características obstétricas, 41,9% das mulheres tinham de 1-2 gestações anteriores, 98,1% com gestação de feto único, 43,7% com 7 ou mais consultas de pré-natal e gestação termo (70,1%). Quanto às características neonatais observou-se que 51,0% dos nascidos eram do sexo masculino, com boa vitalidade ao nascer (89,7% com Apgar no 1º minuto igual ou maior que 8 e 97,7% com Apgar no 5º minuto igual ou superior a 8), com 85,2% com peso adequado ao nascer. Percebe-se que a frequência de nascimentos por via cesariana no município de Porto Velho encontra-se muito acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, evidenciando necessidade de melhoria nas práticas assistenciais nos diversos pontos de assistência a mulher. Sabe-se que o pré-natal é uma importante ferramenta para o fortalecimento e construção do conhecimento da mulher sobre o seu período gestacional, além de auxiliar a gestante na elaboração do plano de parto. Outra estratégia importante a ser utilizada entre a atenção primária e as instituições que assistem as mulheres no pré-parto, parto e pós-parto é a visita a unidade que a mulher pode vir a parir, a fim de diminuir os medos e esclarecer dúvidas que a mulher pode ter sobre o seu trabalho de parto. Não se pode esquecer que as atividades educativas com a mulher e seus familiares são fundamentais para garantir que a se tenha um acompanhamento adequado durante a gestação. Além disso ressalta-se a necessidade constante de manter os profissionais qualificados para o atendimento à mulher, família e comunidade, por meio de ações de educação permanente e continuada.

Palavras-chave: Parto Normal; Cesárea; Enfermagem Obstétrica



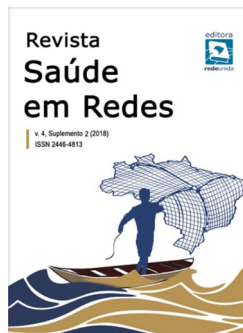
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS CADASTRADOS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DA CIDADE DE PARINTINS/ AM.

Fernanda Farias de Castro, Dayse Azevedo Mendes, Maria de Nazaré de Souza Ribeiro, Marcos David de Souza Monteiro, Natali Magno de Deus Silva, Vanessa Araújo Duarte da Silva, Erik Nelson Batista Esteves, Flavia Maia Trindade

APRESENTAÇÃO: O envelhecimento humano deve ser pensado na atualidade como possibilidade para o incremento de políticas públicas, não só pelo aumento da população idosa, mas também pelas mudanças fisiológicas e sociais que ocorrem com o passar dos anos. O crescente aumento da população idosa é uma realidade que chama a atenção em todo o mundo, notado também em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2015 a população de idosos ultrapassou 900 milhões, com estimativas para 2030 de 1.402 milhões. No Amazonas a taxa de envelhecimento em 2016 foi de 12,91% e em 2030 deverá chegar a 31,46%. Essa transição provoca mudanças, principalmente no que diz respeito às condições de saúde e hábitos de vida dos idosos. Nesse seguimento, o padrão alimentar da pessoa que envelhece, merece destaque, uma vez que reconhece a pessoa idosa como um grupo potencialmente vulnerável. Por conta de mudanças no padrão alimentar, há o surgimento de desordens como o sobrepeso, obesidade e doenças crônicas que geram incapacidades e dependência. Por isso, existe a necessidade de avaliar o estado nutricional utilizando mecanismos e instrumentos validados, que levem em consideração as alterações do organismo que envelhece, visando mudanças necessárias no enfrentamento de doenças decorrentes de má alimentação. Na avaliação nutricional do adulto, quando comparado à altura, peso habitual ou peso ideal, nos fornece índices relevantes para a avaliação nutricional, indicando a existência de obesidade ou desnutrição. A realização deste tipo de investigação utiliza questões simples e rápidas, permitindo destacar sinais de alerta do estado nutricional do idoso, além de poder direcionar intervenções dos profissionais de saúde, especialmente das equipes da Estratégia Saúde da Família, onde o enfermeiro é o principal responsável pelo desenvolvimento das atividades. Este trabalho, objetiva avaliar o estado nutricional por meio da Mini Avaliação Nutricional (MAN), Índice de Massa Corpórea (IMC) e Relação cintura-quadril (RCQ) dos idosos cadastrados nos grupos de convivência da cidade de Parintins/ AM. **DESCRIÇÃO DO MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa de campo



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

exploratória, transversal, descritiva, de natureza quantitativa, desenvolvido no Município de Parintins – AM, localizada à margem direita do Rio Amazonas, distante da capital Manaus há 368,80 km, em linha reta, e 420 km por via fluvial. A população do estudo foi composta por idosos de 60 anos e mais, cadastrados nos grupos de convivência da Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação (SEMASTH) do município de Parintins. Participaram do estudo, 11 grupos, com um total de 1.286 idosos e uma amostra de 296 idosos estratificado de cada grupo. Este estudo é um recorte de uma trabalho macro sobre Avaliação Multidimensional dos idosos de Parintins-AM. Para participar do estudo os idosos foram avaliados quanto a capacidade cognitiva por meio da Mini Avaliação do Estado Mental – MEEM, sendo recrutado apenas aqueles com capacidade preservada. Foram excluídos idosos pertencentes a qualquer etnia indígena pela limitação da pesquisa. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob o Parecer: 2363.992/17. Para realização das coletas foi realizado reuniões com coordenadores dos grupos para informar os objetivos da pesquisa e cronograma de entrevistas. A coleta de dados foram realizados durante as reuniões nos grupos e nos domicílios para aqueles que estavam inscritos mas não participavam das atividades. Os pesquisados aplicavam o MEEM e de acordo com o resultado a entrevista seguia aplicação da Mini Avaliação Nutricional – MAN. Na aferição e peso e altura para avaliar o Índice de Massa Corpórea - IMC, circunferência da cintura e do quadril para avaliar a relação cintura quadril - RCQ, foi obedecido os critérios rigorosos de periculosidade e técnicas adequadas padronizadas pelo Ministério da Saúde. No uso da MAN foi considerado os seguintes pontos de corte: estado nutricional adequado: $MNA \geq 24$; risco de desnutrição: MNA entre 17 e 23,5; desnutrição: $MNA < 17$. Para o IMC foi utilizado a seguinte classificação: < 22 indica baixo peso; >22 e <27 peso adequado ou eutrófico e > 27 sobrepeso e a Relação cintura-quadril (RCQ) para verificar o risco de doença cardiovascular que considerou os pontos $\geq 0,85$ cm para as mulheres e $\geq 0,90$ cm para os homens. Na análise dos dados foram feitos testes estatísticos ao nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. O software utilizado na análise foi o programa Minitab versão 17. RESULTADOS: Os idosos, em sua maioria eram do sexo feminino (60%), entre 70 e 75 anos, com média de 72 anos, cor parda, casados. 81,1% eram aposentados com renda entre 1 à 2 salários mínimos (72,3%). Na Mini Avaliação Nutricional, pode-se observar que, dos 296 idosos entrevistados, 246 (83,1%) encontravam-se em estado nutricional normal e tinham em média 73 anos de idade. O maior



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

nível de significância ($p < 0,006$) esteve para os idosos que ganham menos de um salário mínimo (36,4%) que encontraram-se sob risco de desnutrição ou desnutridos. A carência financeira impossibilita que o idoso dê maior atenção para sua alimentação, acaba por adquirir alimentos menos saudáveis que possuem menor valor de mercado, caracterizando uma alimentação pobre em nutrientes e conseqüentemente exacerbando quadro de deficiência nutricional. Na avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC), verificou-se maior número de indivíduos eutróficos (42%), com idade entre 67 à 77 anos, sendo maior sobrepeso no sexo feminino (42,5%). Na correlação do IMC com a RCQ, observou-se um percentual maior (43,6%) em mulheres que estão sobrepeso e desfavoráveis na RCQ. No sexo masculino, o maior índice foi de homens eutróficos (54,9%) favoráveis na RCQ. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A obesidade e o sobrepeso em idosos são considerados problemas de saúde pública, visto que propiciam maiores riscos no desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a Hipertensão e Diabetes Mellitus, assim como para sarcopenia, ao diminuir a massa magra e aumentar a adiposidade. Entende-se então que, a avaliação nutricional em idosos é de grande importância para que se possa detectar precocemente a necessidade de uma intervenção dietética, objetivando prevenir comorbidades. Destacamos neste trabalho, que a Mini Avaliação Nutricional, não é o melhor instrumento de rastreamento do estado nutricional rápido, para uso em grupos de convivência, tendo o seu melhor uso em idosos mais fragilizados ou institucionalizados. O uso do IMC e RCQ, responderam adequadamente, em nosso ver, ao que propõem o Ministério da Saúde sobre a avaliação nutricional em idosos. Acredita-se por fim que, é necessário que os órgãos públicos e de saúde assegurem uma nutrição adequada durante toda a vida, garantindo planos de nutrição que reconheçam a pessoa idosa como vulnerável e garantam diretrizes culturalmente adequadas e baseadas na população, no caso de Parintins com um olhar mais crítico para o reconhecimento dos alimentos regionais mais saudáveis. A contribuição social deste trabalho evidencia-se pelo conhecimento da realidade local e servirá de subsídios para a implementação de atividades realizadas pela SEMASTH junto aos idosos e planejamento de estratégias adequadas ao grupo.

Palavras-chave: idoso, Nutrição, Estado Nutricional



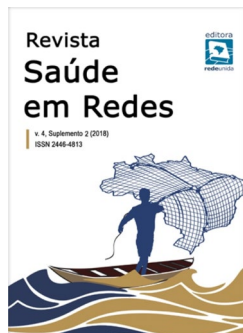
Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

AÇÃO SOCIAL EM COMUNIDADE RIBEIRINHA: UMA PARCERIA ENTRE PROJETO ALFA E CRUZ VERMELHA

Lázara Gabriela Oliveira Silva, Juliana Nascimento Viana, Amanda Hossaka Barbosa, Natasha Fujimoto, Adriano Pessoa Picanço Junior

APRESENTAÇÃO: O extenso território brasileiro propicia o surgimento de populações variadas que não somente aquelas residentes em áreas urbanas e rurais. Dentro desse contexto, é possível encontrar as comunidades ribeirinhas. O termo ribeirinho refere-se aos indivíduos que vivem as margens dos rios, sendo um grupo comum na região norte, sobretudo no estado do Amazonas. Essas comunidades vivem distantes dos centros urbanos onde a cultura, arte, educação e serviços públicos como saneamento e saúde estão concentrados. Devido a isto e a dificuldade de acesso, comunidades ribeirinhas no interior do Amazonas acabam sendo negligenciadas pelo poder público, causando uma enorme dificuldade para os indivíduos ali residentes conseguirem de dispor de serviços públicos, sobretudo de saúde. Embora já existam iniciativas para levar atendimento de atenção primária à essas populações, o acesso à serviços de urgência e emergência ainda é muito complicado e quase impossível de ser realizado dentro dos Dez Minutos de Platina preconizados pelos protocolos internacionalmente validados que norteiam o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para que a vítima de um acidente sobreviva com o mínimo de sequelas. Isto é preocupante, pois comunidades ribeirinhas contam com pessoas de todos os tipos e idades, que estão expostas aos mais diversos riscos, desde trauma e lesões não intencionais a doenças cardiovasculares degenerativas como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Sabendo deste fato, a Cruz Vermelha do Amazonas convidou o Projeto Alfa – Manaus, vinculado a Pró Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e com sede na Faculdade de Medicina (FM), para participar de uma ação social realizada em uma comunidade, promovendo um dia de palestras sobre primeiros socorros e prevenção de acidentes com o objetivo de difundir conhecimentos sobre primeiros socorros e atendimento pré-hospitalar e assim fazer o máximo esforço possível para capacitar os ribeirinhos a atuar de modo a aumentar a sobrevivência de indivíduos vítimas de traumas.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DESENVOLVIMENTO: A ação social foi realizada em uma comunidade satélite à cidade de Manacupuru, um município localizado na Região Metropolitana da cidade de Manaus, no estado do Amazonas. Para chegar até o local, foi necessário percorrer aproximadamente 90 KM de distância da capital de carro. Os acadêmicos de medicina ficaram no pátio de uma escola municipal na qual a Cruz Vermelha montou acampamento, onde os ribeirinhos esperavam atendimento médico e odontológico. Ao longo do dia, os alunos ensinaram aos moradores quais atitudes tomar para intervir em casos de acidentes como afogamentos; obstruções de vias aéreas em adultos, crianças e recém-nascidos; paradas cardio-respiratória (PCR); convulsão; acidente vascular encefálico (AVC); fraturas; queimaduras de primeiro, segundo e terceiro grau; entre outros. Para tanto, fizeram uso de manequins de demonstração que simulavam um ser humano e permitiam a prática de técnicas como a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), e também de trabalho em equipe, sempre convidando aqueles que encontravam-se no local aguardando as consultas para participar e treinar as técnicas demonstradas uns nos outros, fazendo assim com que os ribeirinhos assumissem um papel ativo no processo educacional de que participavam, aumentando as chances daquelas informações não serem esquecidas tão facilmente. A maior parte das pessoas participantes eram do sexo feminino que estavam ali acompanhadas dos filhos, buscando atendimento para eles. Também houve grande volume de adolescentes, de ambos os sexos, que chegaram ao local atraídos pelas atividades oferecidas ou foram enviados até lá por parentes que desejavam que os jovens buscassem atendimento médico e odontológico. Inicialmente, os acadêmicos de medicina encontraram um pouco de dificuldade em se comunicar em linguagem acessível que prendesse a atenção dos ribeirinhos nas palestras e ao mesmo tempo traduzisse os aspectos importantes das técnicas de socorro ensinadas. Além disso, houve uma resistência inicial por parte dos moradores em participar das atividades. Felizmente, os alunos conseguiram transpor este obstáculo, encontrando palavras simples, porém, eficazes para se expressar e assim conseguiram convencer os indivíduos que num primeiro momento estavam tímidos e retraídos a saírem das suas zonas de conforto e experimentar praticar as técnicas de primeiros socorros nos manequins e uns nos outros. Ao fim da atividade, os ribeirinhos sentiam-se totalmente à vontade para fazer perguntas, tirar dúvidas e contar situações que eles próprios ou conhecidos tenham passado que se assemelhavam as situações esplanadas ali e de como não souberam como reagir.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

RESULTADOS: Ao fim do dia, foram atendidos 189 moradores, em sua maioria mães que relataram já ter vivido muitos daqueles cenários, sobretudo com seus bebês. Os acadêmicos puderam perceber que aquela comunidade não detinha conhecimentos básicos sobre primeiros socorros e prevenção de acidentes que seriam de muita utilidade em seu dia a dia, uma vez que a comunidade está afastada da capital e que o município o qual está mais próxima não conta com serviço de atendimento pré-hospitalar suficiente para atender todos os agrupamentos em seu entorno. Fazer promoção de saúde na área de primeiros socorros pode significar uma diminuição das mortes e das sequelas causadas por trauma que não seriam evitadas de nenhuma maneira, haja vista que os ribeirinhos daquele local não possuíam conhecimentos básicos que poderiam salvar suas vidas.

CONCLUSÕES: Esta experiência proporcionou o conhecimento das dificuldades enfrentadas pelos ribeirinhos, além de vivenciar a importância dos primeiros socorros em um local que o atendimento especializado demora para chegar. É importante salientar que a troca de informações tornou-se mais proveitosa conforme os acadêmicos de medicina conseguiram realizar uma educação em saúde baseada nos conhecimentos prévios da comunidade, seu ambiente de trabalho, lazer e convivência, as atividades diárias que cada grupo participante desempenhava e seus interesses, respeitando os valores do morador e permitindo que ele se sentisse a vontade e motivado a participar, tendo em vista que o assunto discutido deixou de ser aquilo que os alunos queriam ensinar para tornar-se uma construção de possíveis soluções para problemas diários da vida ribeirinha. Deste modo, houve muita preocupação em respeitar as posições da comunidade quanto ao modo como eles cuidavam de sua saúde e das estratégias que adquiriram para evitar acidentes, ouvindo aqueles que ali surgiam e se sentiam dispostos a aprender sobre primeiros socorros. A comunidade visitada expressou compreensão do que lhes foi exposto, bem como gratidão pela assistência prestada. Os alfistas obtiveram êxito, principalmente como agente de cuidados, levando a saúde mais próxima destas pessoas que são tão carentes nesse aspecto.

Palavras-chave: extensão; ação social; comunidades ribeirinhas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PUÉRPERAS DURANTE A AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA NA CIDADE DE MANAUS-AM- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Serrão Pereira, Agda Tainah Moura bezerra, Aldina lacy Paulain Holanda, Odete de França Vieira, Nayara da Costa Souza

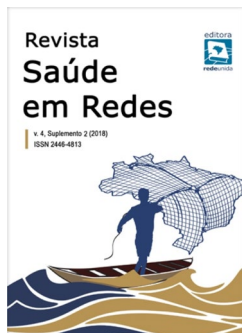
APRESENTAÇÃO: O presente trabalho relata as práticas das acadêmicas de enfermagem na construção de um relato de experiência voltado às dificuldades enfrentadas por puérperas durante a amamentação no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública na cidade de Manaus-AM. Vários fatores interfere no sucesso da amamentação como a situação socioeconômica, apoio recebido da família, condições de trabalho, qualidade e quantidade de leite, estresse, sonolência, ansiedade, depressão e dor durante o aleitamento, podendo acarretar dificuldades no aleitamento materno e desconfortos para a mulher influenciando para o desmame precoce. Em virtude desta situação, o profissional deve preparar a gestante para o aleitamento, facilitando sua adaptação na fase puerperal, evitando assim dúvidas, dificuldades e possíveis complicações. É de fundamental importância o trabalho educativo com as mulheres gestantes, em especial com as gestantes primigestas que por não contarem com a experiência prévia, podem estar mais sujeitas às inseguranças decorrentes do não domínio da situação. **OBJETIVOS:** Descrever a experiência vivenciada durante o estágio de graduação junto à disciplina saúde da mulher. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Escola de Enfermagem de Manaus, durante as práticas no estágio da disciplina de saúde da mulher, no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública na cidade de Manaus-AM. A participação das acadêmicas no estágio deu-se sob supervisão de professor em todas as fases do desenvolvimento das práticas, englobando desde o planejamento de cuidados, assistência de enfermagem, intervenções bem como à sua execução. Durante toda a prática de estágio foram observadas muitas dificuldades relacionadas a amamentação em mães primíparas, onde o principal enfoque era a falta de informação quanto uma amamentação adequada, principalmente para àquelas mães primíparas, as quais tem pouca experiência quanto a amamentação, onde buscam orientações para que amamentem sem sofrimento, desconforto ou dor tanto para a mãe



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

quanto para o RN. Devido a esses problemas, foi realizada educação em saúde voltadas para as mães primíparas admitidas nas enfermarias da maternidade que não se sentiam seguras quanto ao momento de amamentar seu filho, houve a participação das mesmas e muitas dúvidas e incertezas foram esclarecidas. RESULTADOS/IMPACTOS: No período do estágio, durante práticas de cuidados tivemos a oportunidade de acompanhar e identificar as dificuldades nas técnicas de amamentação, a falta de conhecimento sobre o aleitamento materno e os aspectos fisiológicos das mamas, tais como: a interferência do tipo de mamilo, posição correta para uma boa amamentação e a introdução após os seis meses de líquidos e alimentos na dieta do recém-nascido. Sabe-se que quando se opta por amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher. Pode-se perceber que através das orientações, e as práticas das técnicas de amamentação e cuidados com as mamas as puérperas puderam tirar suas principais dúvidas sobre as dificuldades apresentadas como problemas mamários representados por fissuras, bico invertido, as fissuras mamilares são rupturas do tecido epitelial e que a maioria surge nos primeiros dias da amamentação, apresentando-se de diferentes formas e localização em diversos pontos da região mamilar, também observamos que algumas puérperas com mamilos planos ou invertidos têm extrema dificuldade para amamentar, enquanto outras, em situação semelhante, conseguem uma adaptação rápida com o seu bebê. E através de apoio e a intervenção adequados nos primeiros dias, quando a lactação está se estabelecendo, facilitam a pega do bebê ao seio materno e a recuperação da puérpera primípara. Diante disto, deve-se pensar na prevenção desses problemas mamários no âmbito da educação e saúde, sendo o pré-natal o momento adequado. A amamentação é referida por inúmeras mulheres como um momento sublime e prazeroso, desde que não haja dor. Para evitar tais eventos, os profissionais de saúde devem assumir atividades preventivas como suas ações prioritárias, como, intervir reforçando as orientações, buscando solucionar os problemas, prevenindo e ajudando a superar as dificuldades da puérpera e o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica. No que se refere à primípara, a ação intencional do profissional está relacionada à promoção e apoio à amamentação, ressaltando que não basta orientar: é importante o acompanhamento com diálogo, visando à qualidade do cuidado no processo da amamentação no seu cotidiano, onde suas ações devem ser pensadas, planejadas e executadas no sentido de viabilizar o aleitamento, alertando sobre as



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

dificuldades e complicações. A partir disto, as práticas de estágio supervisionado nos permitiu realizar um levantamento sobre as principais dúvidas e dificuldades que as puérperas, principalmente as primíparas referiram no ato de amamentar por meio de observação e conversa com as mesmas, as quais relataram suas principais dificuldades e interesse em aprender as boas práticas para uma amamentação eficaz. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dessa forma ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são de fundamental importância para o aumento dos índices de amamentação. E para que esse cenário mude ou pelo menos melhore a assistência pré-natal e puerperal deve ser feita de forma humanizada e rigorosamente assistida. Dessa forma ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são de fundamental importância para o aumento dos índices de amamentação. Todavia, existe um declínio nas taxas de aleitamento materno exclusivo, tendo em vista a falta de apoio dos profissionais da área de saúde. As primíparas têm maior dificuldade para amamentar se comparadas às múltíparas, devido a sua inexperiência. Assim sendo, é essencial a educação e preparo dessas mulheres durante o pré-natal. Estudos mostraram que as mulheres que receberam orientações no pré-natal foram menos propensas ao desmame precoce. Na consulta do pré-natal, os profissionais de saúde devem conscientizar as mães dos benefícios da amamentação, que vai muito além da nutrição do seu bebê, focando a promoção em saúde e a qualidade de vida das futuras mães como a principal meta a ser alcançada.

Palavras-chave: Aleitamento materno; amamentação; primíparas



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

CRESCENDO SEM CÁRIE: PROMOÇÃO DA SAÚDE COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM CRECHES MUNICIPAIS DE MANAUS-AM.

Shirley Maria De Araújo-Passos, Adriana Beatriz Silveira Pinto, Mayara Costa Sousa, Anderson Andrade Pires, Alessandra Andrade Pires, Lauramaris De Arruda Regis Aranha, Angela Xavier Monteiro, Brigitte Nichthausen

A partir da promoção de saúde e prevenção é possível que um indivíduo chegue a idade adulta sem ter qualquer experiência de cárie e doença periodontal, que são doenças da cavidade oral de maior prevalência na sociedade e podem ser prevenidas pelo controle mecânico do biofilme (escovação dental e uso do fio dental). As crianças são susceptíveis a serem livres de cárie se o hábito de higiene bucal for iniciado nos primeiros meses de vida, tendo os pais como principais responsáveis. As doenças bucais infectocontagiosas podem ser prevenidas quando medidas preventivo-educativas são empregadas, pois a cárie dentária, doença de maior prevalência nas comunidades, pode ser prevenida pela desorganização do biofilme bacteriano. Neste contexto, o Programa Crescendo sem Cárie, desenvolvido via Universidade do Estado, como extensão, tem sido executado por professoras da UEA, 01 aluno bolsista e 03 alunos voluntários, desde Agosto de 2014, até a presente data. Atualmente, as 13 (treze) creches municipais da prefeitura de Manaus atendem cerca de 2.000 crianças de 1 a 5 anos, e possuem papel fundamental no desenvolvimento integral dessas crianças. É necessário aprofundar o conhecimento dos pais e professores, sobre a etiologia da doença cárie e as formas de controle, porque nesta faixa etária, as crianças requerem que os pais e professores realizem e estimulem sua higiene oral. O Programa Crescendo sem Cárie tem como objetivo principal promover a saúde bucal com educação em saúde e escovação dental supervisionada em crianças de 1 a 3 anos de idade matriculada em seis creches públicas no município de Manaus-Am, a saber: Creche Municipal Ana Lopes Pereira, Creche Municipal Gabriel Corrêa Pedrosa, Creche Municipal Magdalena Arce Dao, Creche Municipal Escritor Manoel Octavio Rodrigues de Souza, Creche Municipal Profa. Eliana de Freitas Moraes e Creche Municipal Profa. Virgínia Marília Mello de Araújo. As crianças recebem acompanhamento semanal, onde são observadas na sua rotina diária, a alimentação e a higiene bucal. As crianças participam da educação em saúde geral e saúde bucal e escovação supervisionada, com atividades que buscam educação em saúde, como



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

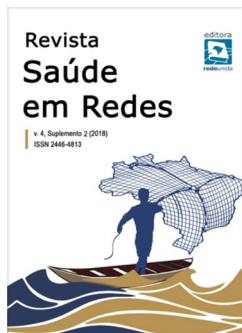
pinturas, colagens e escovação em macromodelos. Os pais e responsáveis, bem como os professores participam das rodas de conversa realizadas pelos alunos de graduação do curso de Odontologia da UEA e pelas professoras orientadoras. As atividades propostas são realizadas, semanalmente, em cada creche. É realizada orientação para os professores e os pais das crianças matriculadas nas creches sobre higiene oral com educação em saúde por meio de rodas de conversa, nestas são abordados diversos temas. A orientação sobre a higiene bucal consiste em: orientações sobre a importância dos dentes, higiene bucal, escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e a frequência de higienização. Diversos temas são abordados nas rodas de conversa, dentre eles: orientação sobre a influência da dieta na evolução da cárie dentária, e quanto a importância de estabelecer hábitos alimentares saudáveis, com dietas menos cariogênicas e horários regulares; primeira Janela de infectividade; conhecimento por parte dos pais, responsáveis e professores, sobre sua responsabilidade pela construção da saúde bucal da criança; a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento físico e emocional após a erupção dos primeiros dentes; placa bacteriana x higiene bucal (o que é, como removê-la); importância da dentição decídua; cárie dentária e doença periodontal; controle do uso de dentifrícios; medicamentos: presença de sacarose, flúor; orientação sobre a importância da amamentação, os hábitos inadequados (sucção de dedo, mamadeira, chupeta, posturas noturnas, respiração bucal) e sua influência no desenvolvimento das arcadas. A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas. Para realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada. Esta visa à prevenção da cárie e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo indivíduo, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado. Na etapa da escovação dental supervisionada, os pais e professores (em 02 tempos) realizam a higiene bucal das crianças, sob supervisão dos alunos graduandos bolsistas e voluntários, e é avaliando o aprendizado correto da escovação, ajustando, quando necessário. Nesta etapa são utilizados creme dental e escova dental infantil para as crianças e escova dental adulta, para os pais e professores. Coloca-se uma porção de creme dental (tamanho de uma ervilha) na escova dental e em seguida pede-se para fazer a escovação, conforme demonstrado. O Material didático utilizado na educação em saúde com as crianças, rodas de conversa com pais e professores, e nas escovações dentais supervisionadas, são: bonecos,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

escova e arcada dentária (macromodelos); álbuns seriados; creme e escovas dentais infantis e adultas; material de pintura; material de colagem; Folders e Datashow. Os professores, os pais e 830 crianças recebem orientações sobre higiene bucal, educação em saúde e temas relacionados a esta faixa etária por meio de rodas de conversas. Considerando que as crianças em idade pré-escolar estão começando a aprender conceitos e princípios que farão parte de sua formação, a educação alimentar e em saúde bucal, como qualquer outra atividade deve ser introduzidas o mais precocemente possível pelos pais e professores. Com isso faz-se necessário o conhecimento, dos pais e professores, sobre etiologia, patogenia, tratamento e controle das doenças dentárias, motivação, instrução em higiene bucal, destreza manual e adequação dos instrumentos de limpeza, desígnio a que este programa tem se proposto. Os professores de ensino pré-escolar são as pessoas de maior contato com as crianças depois da família, tornando-os agentes promotores de saúde essenciais na fase escolar, onde são responsáveis na ação de higienização até que ela tenha condições de, com este estímulo, elas mesmas poderem desenvolver ações de auto-cuidado. Com este programa pretende-se aprofundar o conhecimento dos pais e professores, sobre a etiologia da doença cárie e as formas de controle, porque nesta faixa etária, as crianças requerem que os pais e professores realizem e estimulem sua higiene oral. As atividades desenvolvidas no programa Crescendo sem Cárie visa, principalmente, desenvolver a promoção de saúde, bucal e geral, para as crianças das creches onde temos trabalhado, e transmitir orientações sobre higiene bucal, alimentação, amamentação e problemas causados pela doença cárie. Porém, o ganho que temos tido, ultrapassam o passar de conhecimento científico sobre saúde geral e bucal às crianças, pais e professores. Há neste caminhar, principalmente, a troca de aprendizado obtido entre nós e os professores das creches, quanto à didática e metodologia de ensino a crianças de 1 a 5 anos, e também a troca de experiências com os pais, em relação à inserção desses hábitos na família das crianças. Com o desenvolvimento de hábitos e alimentação saudáveis se obtém uma melhor qualidade de vida. No início o programa era desenvolvido em quatro creches, atualmente seis creches são alcançadas com o programa, 830 crianças são alcançadas, bem como seus familiares. O programa Crescendo sem Cárie já está em sua terceira versão, o ideal seria expandir este projeto para todas as creches municipais em Manaus, a fim de que diminua os altos índices de cáries e perdas dentárias em crianças nos primeiros anos de vida.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: saúde bucal; crianças; professores; creche



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

INFECÇÃO HOSPITALAR: COMO A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PODE INFLUENCIAR POSITIVAMENTE NA PREVENÇÃO DESSE AGRAVO?

Thaise Maia de Souza, Bianca Jardim Vilhena, Maria Tatiana Guimarães da Costa, José Cailson Cavalcante Barros

Introdução: Desde os tempos antigos, quando os cuidados e a medicina eram muito primitivos, já se tinham ideias de transmissão de doenças e sabia-se que uma pessoa doente podia contaminar outra, no entanto os cuidados relacionados ao contágio de doenças em ambientes "hospitalares" só avançou com Florence Nightingale, que implantou os primeiros métodos de higiene nas enfermarias militares, quando serviu voluntariamente na guerra da Criméia (1853-1856), reduzindo a mortalidade por infecção de 42,7% para 2,2%, esse método ficou conhecido como teoria ambientalista de Nightingale. Com o passar dos tempos adquirimos modernas e inovadoras técnicas para a higiene do ambiente hospitalar, mas nada previne de forma tão eficaz a infecção hospitalar quanto à lavagem das mãos, de acordo com a técnica adequada, isso mostra que este é um procedimento essencial para salvar vidas. A sepse é uma forma de infecção generalizada, que muitas vezes acomete um paciente ainda no âmbito hospitalar. O que pouco se sabe em relação à sepse é que por vezes é causada por bactérias multirresistentes, presentes na microbiota do hospital, essas bactérias, no entanto não podem simplesmente infectar uma pessoa pelo ar, ela precisa ser carregada, e a forma mais comum é pelas mãos dos profissionais de saúde. Assim como o método de execução correto da lavagem das mãos pode salvar vidas, as negligências durante a sua prática pode levar um indivíduo a morte, já que a sepse por infecção hospitalar é a principal causa de morte em Unidades de Terapia Intensiva. Tendo em vista o exposto, o presente estudo retrata de forma objetiva uma observação quanto às práticas de lavagem das mãos por parte dos profissionais de enfermagem em uma UTI de um hospital de Manaus. Objetivo: Verificar se a lavagem das mãos é executada pelos profissionais de Enfermagem antes de seu contato com os pacientes e relatar os aspectos positivos sobre a técnica correta de lavagem das mãos, na prevenção de infecções cruzadas, bem como sepse e morte por infecção hospitalar. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, a partir da vivência como acadêmica voluntária em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de Manaus no período de novembro a dezembro de 2017. Os



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

profissionais foram observados quanto à frequência em que executavam a higienização das mãos e quanto à execução correta da mesma a cada vez que o profissional realizava um procedimento entre um paciente e outro. Resultados e discursões: A Infecção Hospitalar (IH) é aquela que o paciente adquire após sua admissão no ambiente hospitalar e que se manifesta durante seu período de internação ou após sua alta, quando há relação com procedimentos realizados no ambiente hospitalar ou com a internação em si. As infecções hospitalares estão entre os maiores agravos de saúde no Brasil, sendo um fator de risco importante para o aumento da mortalidade em ambientes hospitalares, entre as principais causas para IH estão: a hospitalização prolongada e a incapacidade a longo prazo do paciente. Os paciente das UTI's estão mais suscetíveis a adquirirem tais patologias, tendo em vista a ocorrência de procedimentos invasivos e por geralmente se tratar de pacientes imunodeprimidos. Sendo assim é de responsabilidade dos profissionais de saúde a prevenção das IH principalmente dos profissionais de enfermagem, por estarem em contato direto com os pacientes internados. Pela observação, foi possível constatar que embora a higienização correta das mãos seja um procedimento que influencia diretamente no prognóstico do paciente, os profissionais de saúde possuem grande resistência para realizar o procedimento, seja por falta de conhecimento acerca do assunto ou seja por negligência por parte dos mesmos em relação a saúde, segurança e bem estar do cliente. A propagação das infecções depende da organização de trabalho e das ações da equipe de profissionais do hospital, e por isso a responsabilidade é dos mesmos de reduzi-las, nesse sentido observou-se que os profissionais enfermeiros nem sempre conversam ou enfatizam para a equipe a importância de realizar a higiene das mãos conforme a técnica correta antes e depois de realizar procedimentos com os pacientes. É fundamental ressaltar que o compromisso com a prevenção de infecção não se limita à CCIH, e sim a toda à equipe multiprofissional de saúde. Constatou-se também o uso incorreto do álcool glicerinado 70%, verificou-se que o álcool era utilizado várias vezes seguidas pelos profissionais e dessa forma realizavam poucas vezes a lavagem das mãos. O álcool 70% quando utilizado de forma adequada é um aliado importante na prevenção das IH não devendo ser utilizado mais de 4 vezes seguidas, pois há uma diminuição em sua eficácia e nos casos de pacientes com precaução de contato deve sempre ser utilizado a técnica de lavagem das mãos ao invés do uso do álcool a 70%. Sendo assim para utilizar de instrumentos como o álcool a 70% é necessário conhecimentos e fundamentação teórica para que de fato a higiene das mãos seja concreta. Reforçando o

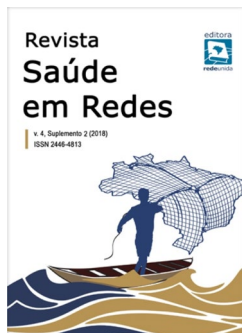


Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

que foi citado anteriormente, a infecção é causada por microrganismos resistentes que existem no ambiente hospitalar, e também por conta dos procedimentos invasivos realizados pelos profissionais, esse tipo de infecção chama-se infecção cruzada. A infecção cruzada é uma das principais causas de infecção hospitalar, normalmente acontece por transmissão de um microrganismo de um paciente para outro, ocorre principalmente através das mãos dos próprios profissionais de saúde. Consequentemente a IH pode evoluir para a Sepse, também conhecida como infecção generalizada. O conceito de Sepse consiste em uma Síndrome de resposta inflamatória (SIRS), causada por um microrganismo. Nesses casos, o diagnóstico precoce é fundamental para o prognóstico do paciente, só assim é possível evitar que o paciente venha a óbito, pois a sepse possui um alto índice de mortalidade. Em ambientes como unidades de terapia intensiva o cuidado deve ser redobrado, tendo em vista que grande parte dos pacientes possuem fragilidades imunológicas e por vezes pode ser observado que esse cuidado maior nem sempre ocorre. Observou-se, portanto, que as infecções podem ser desencadeadas através da transmissão de microrganismos das mãos dos profissionais de saúde, com risco de evoluir e serem fatais para a saúde dos pacientes no ambiente hospitalar, e a higienização é um instrumento fundamental para a prevenção de IH e de complicações decorrentes da mesma como a infecção cruzada e as mortalidades por sepse. Considerações finais: É inegável que a higienização das mãos conforme a técnica correta estabelecida para a realização do procedimento é uma ferramenta fundamental para prevenção de infecções hospitalares, entretanto, diante do vivenciado, é uma prática que ainda é muito negligenciada por parte dos profissionais da saúde, e que pode ser letal em setores críticos como unidades de terapia intensiva. Sendo assim, é irrefutável que a lavagem das mãos é uma conduta que deve ser constantemente encorajada na equipe de saúde, para que desta forma possa-se reduzir a resistência dos profissionais em executá-la corretamente, tendo em vista que as literaturas empregam que esta prática corrobora para a diminuição das taxas de infecção hospitalar bem como os agravos relacionados a ela.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar, Higienização das Mãos, Enfermagem



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

O ADOECER COM O CÂNCER DE MAMA: REAÇÕES EMOCIONAIS DE MULHERES DIAGNOSTICADAS

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Aline Domício Sousa, Maria Selma Araújo, Raimunda Magalhães da Silva, Jéssica Karen de Oliveira Maia, Samy Loraynn Moura Oliveira, Christina Praça Brasil, Pedro Oliveira Pinheiro

Introdução: O câncer de mama é a doença oncológica que mais acomete mulheres, e é considerado um problema de saúde pública pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade e pelo alto custo no tratamento. **Objetivo:** Compreender as reações emocionais de mulheres diagnosticadas com câncer de mama durante seu processo de adoecimento **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa. O campo de ação foi o Programa de Assistência a Mulher Mastectomizada do Centro Universitário Estácio do Ceará, em Fortaleza. Participaram dessa pesquisa dez mulheres de acordo com os critérios de inclusão: tiveram câncer de mama, foram mastectomizadas, frequentavam regularmente o programa. Os critérios de exclusão: mulheres que não apresentassem boas condições psicológicas e que possuíssem histórico de transtornos mentais. Para efetivação da pesquisa foi obedecida a Resolução 466/2016 do Conselho Nacional de Saúde/MS, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Estácio do Ceará, parecer número 1.482.154, em 7 de abril de 2016. Para a coleta dos dados foi utilizado como instrumento a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas, transcritas e validadas. A coleta foi realizada em local privado da instituição. Para preservar o anonimato das participantes da pesquisa, elas foram identificadas por nome de rosas. Na realização dessa pesquisa científica foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, instrumento que é utilizado para a análise de dados qualitativos no campo da saúde e visa identificar e selecionar categorias que possam constituir-se em temas. **Resultados:** As participantes do estudo, apresentam idade compreendida entre 37 a 80 anos. Quanto a escolaridade, possuem ensino médio e fundamental e somente uma tem nível superior e, de modo geral, as mulheres entrevistadas apresentam um bom nível de conhecimentos. No tocante ao estado civil as participantes, na sua maioria, eram casadas residindo com marido e filhos. Apresentam uma prole variando de um a oito filhos. Com relação a renda salarial, a média dos seus ganhos são em torno dois salários mínimos. Do ponto de vista religioso a maioria tem uma crença católica. A recorrência da fé em Deus foi



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

uma constante no diálogo dessas mulheres. Todas as participantes informaram não estar trabalhando. Com relação as características clínicas as integrantes da pesquisa foram submetidas a mastectomia e nenhuma apresentou histórico familiar de câncer de mama. Quanto a detecção do câncer de mama, a maioria das mulheres informaram que a descoberta ocorreu com a prática do autoexame. Quanto aos tratamentos realizados todas já passaram por cirurgias, a média do tempo da cirurgia entre elas é entre 6 meses a 32 anos. Nenhuma apresentou recidiva da doença e quatro fizeram reconstrução mamária. Reações emocionais do diagnóstico do câncer de mama (1ª categoria) Sentimento de negação. A recusa é uma maneira natural e salutar de processar a informação, dando tempo para assimilar o que está acontecendo com seu corpo. “Foi uma coisa muito pesada pra mim no momento que eu não estava esperando”. (Orquídeas). A negação não se dá por falta de informação, e sim por falta de condições psicológicas, falta essa que não deve ser entendida como defeito, e sim como característica naquele dado momento. Sentimentos de angústia. A angústia é uma emoção que tem como característica a ansiedade e está à frente de um acontecimento, como o que a mulher sente ao receber o diagnóstico de câncer. “Aí sai distribuindo resultado prá todo mundo, pro pessoal me ajudar que eu só fazia chorar. Olhava pros meninos – MEU DEUS DO CÉU, VOU MORRER! Ficava nisso, VOU MORRER. Eu sozinha com aqueles dois, 7h da noite, estava desesperada”. (Gardênia). Mulheres com câncer de mama apresentam uma angústia intensa. Sentimento de revolta. Ao tomar conhecimento que se tem uma doença, como o câncer, o primeiro pensamento que se tem é que não é justo o que está acontecendo. Todos passam a ser alvos de sua raiva. “Uma vez eu disse que tinha sido um castigo de Deus (choro) e tinha sido um castigo essa doença, mas que eu ia me matar (choro) ...que eu ia sair do hospital, que eu não ia mais aguentar, tomar esse tratamento e a quimioterapia e tudo e quanto for”. (Gardênia). Sentimento de medo. O câncer é uma doença que traz em seu bojo uma ameaça de morte. Apesar dos grandes avanços nos tratamentos e do aumento da sobrevivência de pessoas com câncer, no momento atual, ainda é grande o número de mulheres que morrem por sua causa. “Dra. eu tenho ao menos 5 anos de vida? ‘ Eu falei assim que eu queria ver meu neto nos 15 anos”. (Margarida). A palavra “câncer” ainda contém em si, um grande estigma que passa a ter um significado de morte. Quando recebe o diagnóstico, a primeira reação é de desespero e que vai morrer. Sentimento de enfrentamento. O momento de enfrentar a doença emerge como superação dos momentos vividos anteriormente, a pessoa tem consciência do que se passa em seu interior, seus sentimentos de negação,



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

raiva, ansiedade e medo começam a se dissiparem e a vida começa a voltar à normalidade. Existe sempre algo a ser feito e uma nova aprendizagem. A mulher com câncer de mama vive um novo processo em sua vida. A doença não mais tem o poder de impactar como antes. Ela já é capaz de reagir e agir nas situações difíceis relacionada com a doença “A gente tem que entender que isso faz parte da vida e pedir a Deus que cure a gente, que a gente tenha saúde, não tenha nada mais, graças a Deus. Tive que ... conformar mesmo. Chorei, não desesperei”. (Dália). Sentimento de frustração decorrentes do câncer de mama (2ª categoria) Frustração como mulher. “O que sinto na verdade ...sinto eu...sim, como mulher, você se sente inferior, você sente...eu pelo menos me sinto acabada, né”. (Choro) (Gardênia). Socialização da experiência. “Eu me sinto bem de falar, de mostrar para as outras pessoas que as vezes as pessoas têm um problema. Dá nosso testemunho, que nós passamos por isso, que é pra ter paciência e ter fé, entregar tudo na mão de Deus. Hoje eu vivo bem, graças a Deus! ” (Orquídeas). Após a experiência com o câncer as mulheres do estudo sentiram a necessidade de falar, socializar suas experiências para que possam ajudar outras mulheres em situação semelhante. Hoje dão seu testemunho, não ficam mais isoladas, procuram sempre estar em contato com outras mulheres chamando sua atenção para os cuidados preventivos com o câncer de mama e assim, encontraram um novo sentido para suas vidas. Considerações Finais: O câncer de mama ainda causa um forte impacto emocional. A maioria das mulheres pertencentes ao estudo, manifestaram reações bem representativas de sentimentos de negação a doença, angústia, revolta, medo da doença e da morte. Corroborando com os resultados encontrados na literatura. As mulheres acometidas com o câncer de mama, vivenciaram a sensação iminente do medo da morte, além disso, algumas sentem-se frustradas como mulher, mãe e com seu próprio corpo, após a cirurgia.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher; Apoio social.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO DO HOSPITAL OFFIR LOYOLA

Sara Laurení Monteiro, Cláudia Tereza Fonseca

O presente resumo apresenta os direitos sociais dos usuários diagnosticados com câncer e discute a prática profissional do assistente social na Unidade de Atendimento Imediato-I (UAI) identifica de que forma o assistente social procura garantir a efetivação dos direitos legais dos pacientes oncológicos atendidos UAI-I do Hospital Offir Loyola no Estado do Pará (HOL). A UAI-I, conhecida como setor de urgência do HOL, é o local de atendimento imediato a usuários em tratamento oncológico que chegam em busca de atendimento de caráter de urgência clínica, requerendo uma intervenção imediata com o intuito de evitar a morte ou outros agravos.

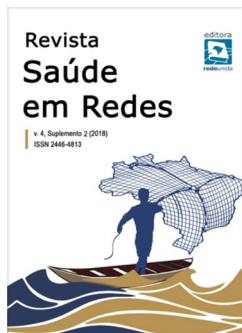
A Constituição Federal de 1988 afirma no Art. 6º que: são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Cabe ao Estado prover saúde a todos os cidadãos, através das políticas públicas, no caso de usuários com câncer tem uma lei específica - Lei Nº 12.732, de 22/11/2012, para o acesso ao tratamento.

A lei afirma que esse paciente tem direito a tratamento gratuito no SUS quando confirmado em biópsia o diagnóstico, após o laudo médico a data prevista para início do tratamento é de no máximo 60 dias em hospital especializado de alta complexidade.

O usuário em tratamento oncológico, tem direito de ser referenciado pela unidade de saúde do bairro para um atendimento de alta complexidade, tendo assegurado o direito de ser atendido de forma digna em serviço especializado e se necessário em atendimento de urgência oncológica, de acordo com os princípios da carta dos direitos dos usuários e da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080.

Por desconhecer seus direitos e a dificuldade no acesso a rede de serviços de saúde, não se cumpre os prazos estipulados em lei e muitas das vezes o direito de iniciar o tratamento no prazo de 60 dias é violado.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Os direitos sociais do usuário oncológico não são efetivados ou garantidos em sua integralidade, muitos desses direitos são negados, ou atendidos fora dos prazos previstos para êxito do tratamento do câncer, o que gera algumas situações como:

Judicialização para o acesso ao serviço de saúde; que deveria ser garantido de acordo como está previsto no SUS, sem necessidade da intervenção da justiça;

Agravamento do quadro clínico em decorrência da falta de medicação;

Espera em filas para realizar quimioterapia e radioterapia;

Demora para conseguir o TFD;

Fila de espera aguardando leito;

Demora na consulta especializada com o oncologista;

Dificuldade na articulação de traslado do corpo do paciente/usuário para município de origem quando a família não possui recursos de fazer por conta própria;

Dificuldade em agendar quimioterapia e radioterapia de primeira vez, o que leva familiares dos pacientes/usuários dormirem em fila em frente ao hospital, decorrente da falta de hospitais públicos especializados.

Ressaltamos que o mais importante direito social, o do tratamento e recuperação da saúde, é o principal direito negado aos pacientes/usuários diagnosticados com câncer. Diante deste contexto da negação de direitos que abordaremos a intervenção do Serviço Social junto a esses usuários.

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

O tratamento do câncer é complexo, requer interdisciplinaridade, profissionais tecnicamente qualificados para as intervenções e atendimento humanizado, ressaltando que para que isso ocorra é necessária uma estrutura adequada, seja, física, de insumos, medicações e equipamentos.

É nesta realidade que o Serviço Social é chamado para intervir, compondo uma equipe multidisciplinar com características diversas, vários desafios num cenário complexo, que exige desse profissional competência técnica e qualificação no que diz respeito ao atendimento aos usuários oncológicos atendidos na UAI-I, pois precisa de instrumentais que permitam um diálogo com pacientes/usuários e famílias capazes de estabelecer confiança para a busca dos direitos sociais, já mencionados anteriormente.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Neste contexto entendemos a importância do Serviço Social na saúde e mais especificamente no HOL, este profissional durante o acolhimento e escuta das demandas dos pacientes/usuários oncológicos, procura viabilizar, orientar e informar sobre os direitos sociais.

A UAI-I possui aproximadamente entre 10 a 16 leitos, porém há períodos que a demanda é maior que a quantidade de leitos do setor, então são colocados e adaptados novos leitos para atender a demanda.

Na UAI I, onde o paciente fica recebendo medicação e aguardando a avaliação do especialista conforme a necessidade ou exames é disponibilizado também a UNIDADE GRAVE com 05 leitos para pacientes que aguardam transferência e avaliação da equipe médica, contando com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistente social, técnico em enfermagem).

Muitos usuários procuram o Serviço Social para informações de acesso os seus direitos sociais, mesmo em meio às inúmeras dificuldades que o sistema lhe impõem, o profissional orienta as rotinas do hospital, onde deve ir pra conseguir os benefícios, orienta quanto as questões dos benefícios, alertando o período do laudo para a perícia junto ao INSS.

Diante dessa realidade o profissional de Serviço Social deve estar qualificado e atualizado quanto aos direitos sociais dos usuários, a busca pela garantia desses direitos é incansável entre profissionais e usuários, pois logo no primeiro atendimento no Serviço Social identificamos que os usuários do interior do Estado tem esse direito negado, pela falta de conhecimento e informação de como acessá-lo.

Muitas das vezes esses usuários vão a óbito a espera de um leito, de um benefício que lhe foi negado, por vezes nem chega a iniciar o tratamento, por conta da superlotação no HOL e também porque o Estado não investe na criação de novos leitos.

E nessa conjuntura é preciso que o assistente social conheça a rede de serviços e os canais necessários para informar e orientar os usuários qual caminho e instituições que devem recorrer para efetivar seus direitos sociais

No campo da oncologia, constitui-se como desafio para o profissional de Serviço Social que suas orientações e informações sobre os direitos sociais de fato se concretizem, às vezes o profissional orienta, articula junto a rede, porém nem sempre o poder público garante o acesso, é difícil para o usuário entender que os direitos foram negados, que a demanda não foi solucionada.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Então cabe ao assistente social, usuário e família a busca ininterrupta pelos direitos negados, é preciso acolher novamente as demandas, para encontrar alternativas para o exercício de cidadania que lhe foram retirados.

A vivência no setor de urgência mostra um contexto diferenciado de saúde, a falta de recursos para proporcionar qualidade de vida aos usuários que se encontram no processo de finitude da vida, essas são as principais limitações que o profissional enfrenta na UHI-I.

Contudo, mesmo com os limites impostos ao Serviço Social, esses profissionais atuam em consonância com as leis, portarias e o código de ética profissional, munidos dos instrumentais técnico-operativo e por meio dos dispositivos legais buscam mediar, intervir e garantir os direitos sociais dos usuários diagnosticados com câncer.

Palavras-chave: Direitos sociais; Serviço Social



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

VISITA FAMILIAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVAS DOS VISITANTES.

Gislene Holanda De Freitas, Igor Cordeiro Mendes, Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira, Karén Maria Borges Do Nascimento, Suiany Saldanha Santos, Gerlane Holanda De Freitas

INTRODUÇÃO

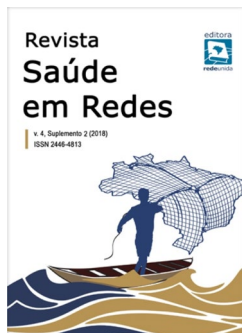
Este estudo versa sobre a visita domiciliar em uma Unidade de Terapia Intensiva, com o objetivo de elucidar as perspectivas dos visitantes.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, porém, que apresentem um quadro clínico recuperável. Para muitos familiares, a UTI ainda é local que remete medo, pela falta de conhecimento do aparato tecnológico que contextualiza o espaço, e também, por ser um ambiente que carrega um estigma antigo de ser um lugar de morte.

Por este motivo, faz-se necessário uma atenção maior às pessoas que estão neste espaço como pacientes, familiares e profissionais de saúde. O Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2001, visando o acolhimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como objetivo principal aprimorar as relações dos profissionais da saúde, com os usuários, na busca do atendimento às suas necessidades.

A família também é citada no que preconiza a assistência humanizada ao paciente crítico pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, reconhecendo a necessidade de inserir a família como parte do cuidado ao paciente crítico, preconizando ainda que as visitas sejam em número mínimo de 03 por dia, assim como sejam fornecidos 03 boletins médicos por dia. Repensar e reorganizar novas estratégias de trabalho cujas ações ainda estão centradas no modelo tecnicista, voltado para a doença, desconsiderando o seu familiar, é um trabalho árduo e um desafio para a enfermagem, em especial a que atua em unidades de alta complexidade, como as UTIs.

CAMINHO METODOLÓGICO



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que traz em seus resultados a descrição de como ocorre a visita familiar na UTI e a percepção dos visitantes coletada durante a pesquisa.

A investigação foi realizada com visitantes de uma UTI de um hospital quaternário da cidade de Fortaleza-Ceará nos meses de maio e junho de 2017. Para a coleta de dados foi realizada uma pesquisa de campo, com a observação participante, assistemática, registrando as informações em um diário de campo como instrumento de coleta de dados da pesquisa. Além da pesquisa de campo, foi realizada uma entrevista individual, com um roteiro semiestruturado.

O material coletado foi analisado de forma reflexiva, trazendo uma investigação crítica para os resultados. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2011), seguindo as etapas exigidas pelo método. Após o tratamento dos dados, foi feita a composição das categorias pré-definidas: 1.Perspectivas da unidade de terapia intensiva; 2.Perspectivas do acolhimento da unidade e 3.Perspectivas de melhorar o momento da visita familiar, estando expostas neste presente resumo apenas a primeira categoria.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

PERSPECTIVAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Alguns visitantes relataram que ficaram assustados no seu primeiro dia de visita, sem compreender todo o aparato tecnológico que estava sobre seus entes e o estado clínico em que se encontravam. Após a primeira visita relataram que ficaram menos apreensivos. Alguns deles chegaram a imaginar que encontrariam mais aparelhos do que o que viram, e isso também ajudou a mudar a concepção de UTI que tinham.

Essa mudança de concepção também pode vir acompanhada de alguns aspectos positivos, que traz o enfrentamento e superação dos medos em relação a esse processo que vivenciaram, crescimento pessoal, bem como o crescimento espiritual. Desta forma, é um fator a ser considerado neste contexto de hospitalização e superação, em que pode haver um crescimento individual e familiar.

Diante de tantos estigmas e a própria tensão de estar com um familiar em estado crítico, acaba por levar os visitantes a imaginarem aspectos negativos que poderiam encontrar na UTI, podemos perceber isto em alguns relatos dos visitantes que ficaram surpresos, pois não esperavam um ambiente tranquilo da unidade.



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

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

Eu só idealizava a uti como nos filmes. Como eu sempre passei somente pela emergência e enfermaria e ter só a noção de uti, só aquela relacionada a filmes, então pessoalmente, eu acho bem melhor do que a de filmes. (...) Eu sabia que era uma coisa... é... tipo... mais limpa e reservada, mas não a tanto do que eu vi pessoalmente (V1).

Eu imaginava um monte de aparelhos, eu imaginava assim...hoje eu vi que tem bem menos aparelhos do que eu imaginava. Eu pensava assim que ia encontrar um monte de sondas e um monte de acessos que fazem no paciente, aí eu pensava que por ser um hospital público... assim.. que os leitos não eram tão bonitos como são, tão organizados (V15).

Alguns visitantes imaginam a unidade com aspecto tão fechado, com muitas restrições, que levam essa impressão de fechamento para o relacionamento com os profissionais, imaginando que não podem conversar muito, tirar dúvidas ou manter uma relação cordial.

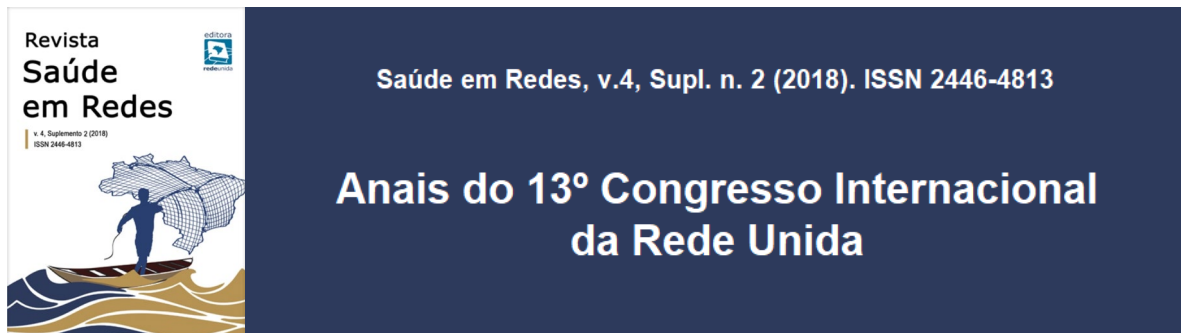
A única ideia que eu tinha era só um local com as máquinas, mas não passava pela minha cabeça a questão da educação e o profissionalismo, do relacionamento(...). Pelo atendimento, a educação das enfermeiras, a atenção dos médicos, tratamento, higienização, limpeza, o profissionalismo, tô super surpreso pelo que eu achava que era. (V1).

A confiança na unidade foi relatada por alguns familiares, que afirmaram ajudar nesse processo difícil que é ter um ente internado em estado crítico, trazendo uma possível reflexão para a necessidade do cuidado e da sensibilidade dos profissionais junto aos visitantes que já vivem esse processo doloroso, sendo possível amenizar e gerar conforto para eles, criando esses laços de confiança, fazendo-os confortar ainda os demais membros da família.

Eu não imaginava que seria a tanto. Eu não imaginava. Eu realmente tô surpreso, muito satisfeito, porque me passa uma grande confiança, até mesmo no meu repouso durante a noite, porque a gente saber que um parente seu, no caso o meu pai tá num local, na situação que ele tá, e.. é .. a gente não poder tá perto, e só a gente saber do acolhimento que ele tem, o cuidado que todos os profissionais têm, isso me dá um sono pleno(V1).

É possível inferir que quando os profissionais se fazem atenciosos e próximos dos familiares durante a visita, eles se sentem um pouco mais aliviados, como quem divide um momento difícil com alguém que entende o que se passa naquele momento. Quando eles recebem informações de como o paciente passou o dia, é como se quebrassem as barreiras da distância, fazendo com que eles se sintam mais perto do seu familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



A relação entre profissionais e visitantes ficou explícita como um dos fatores mais relevantes para a visita familiar, em que muito vem dessa relação, seja as boas percepções como as percepções negativas. Conclui-se que a figura do profissional para os visitantes reflete o serviço como um todo, que muitas vezes, se não há uma boa relação da equipe com o familiar, eles se sentem desamparados pela unidade, e passam a olhar as faltas, deixando de perceber o que está sendo feito pelo seu ente

Palavras-chave: VISITA FAMILIAR; UTI; ENFERMAGEM.